

MEDIZINHISTORISCHES INSTITUT DER UNIVERSITÄT ZÜRICH
Direktor: Prof. Dr. med. Huldrych M. Koelbing

Arbeit unter der Leitung von Dr. phil. Heinz Balmer

Der Bündner Arzt Andreas Flury (1853 – 1938)

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

—

vorgelegt von

HANSRUDOLF BRUNNER
von Küblis (Graubünden)

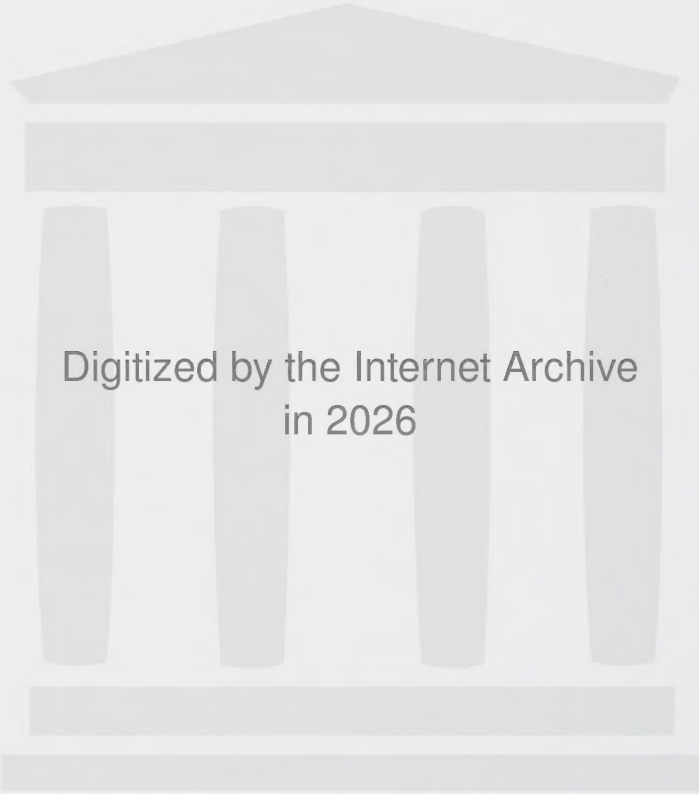
Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. med. H.M. Koelbing

Zürich 1980

—



Juris Druck + Verlag Zürich



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Arbeit unter der Leitung von Dr. phil. Heinz Balmer

Der Bündner Arzt Andreas Flury (1853 – 1938)

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von

HANSRUDOLF BRUNNER
von Küblis (Graubünden)

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. med. H.M. Koelbing

Zürich 1980



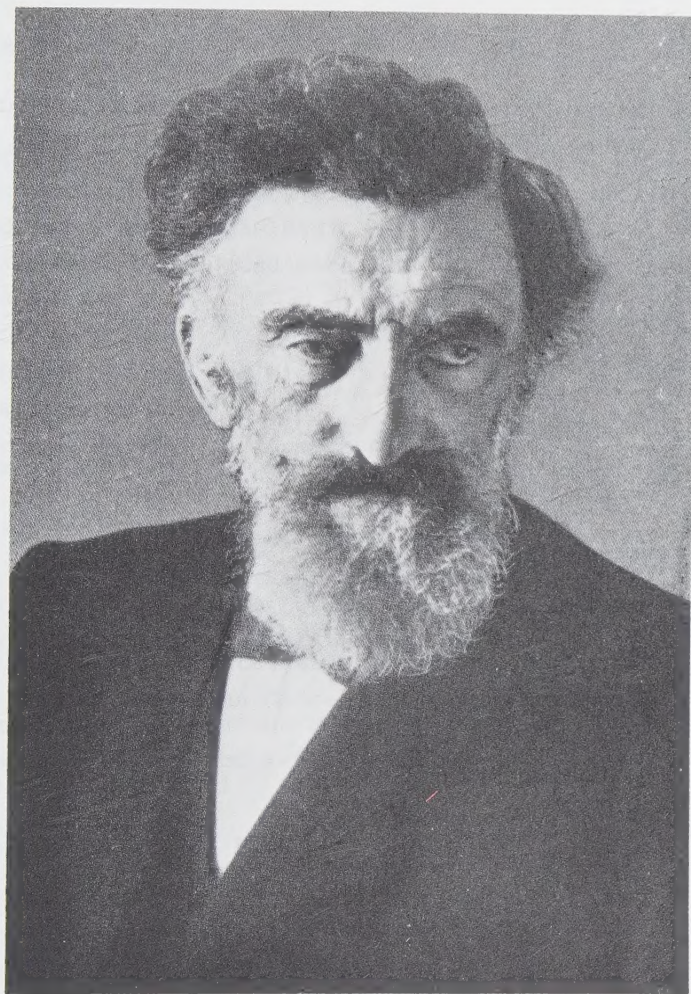
Der Bühnenbau
Andreas Fritze
(1853 - 1931)



ISBN 3 260 04739 5

Meinen verehrten Eltern
in Dankbarkeit

Für Roger, Andreas und Michael
zur Erinnerung



Dr. med. Andreas Flury

I N H A L T S U E B E R S I C H T

	Seite
1. EINLEITUNG	5
2. BIOGRAPHISCHES	
Der Vater: Peter Flury (1804-1880)	7
Der Bruder: Paul Flury (1851-1931)	10
Andreas Flury (1853-1938)	
- Kindheit und Jugendjahre	12
- Studienzeit	13
- Dissertation	14
- Halle, Berlin und Wien	15
- Wirken in Schiers	16
Quellenhinweise und Anmerkungen zum Lebenslauf	22
3. GESCHICHTLICHES	
Zur Entwicklung des Sanitätswesens im Kanton Graubünden	25
Zur Entstehung des Prättigauer Krankenhauses und des Prättigauer Krankenvereins	29
Daten aus dem Leben Andreas Flurys im Vergleich zur allgemeinen Medizingeschichte	33
Quellenhinweise und Anmerkungen zum geschichtlichen Teil	34
4. SCHRIFTEN ANDREAS FLURYS	
a) Vorträge	
- Die Krankenpflege im Hause (1892)	35
- Ueber Kleidung (1904)	37
- Zur Alkoholfrage (1908)	40
- Medizin im Mittelalter (1925)	41
- Tuberkulose-Bekämpfung (1932)	43
b) Mitteilungen im "Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte" (1884/85)	44
c) Leitfaden zum hygienischen Unterricht für Seminaristen der Lehranstalt Schiers (1903)	47
d) Struma-Statistik (1909)	50

	Seite
e) Tetanusfälle im Prättigau zwischen 1880 und 1928	52
5. KRANKENGESCHICHTEN	
a) Die Krankengeschichten	53
b) 13 Krankengeschichten (Auswahl aus den Jahren 1897 bis 1925)	55
c) Notizen zur Geburtshilfe (1880-1932)	85
d) Statistik der häufigsten Krankheiten zwischen 1881 und 1906 (nach Notizen Andreas Flurys)	86
e) Uebersicht über die häufigsten Opera- tionen zwischen 1906 und 1925 (nach Notizen Andreas Flurys)	95
6. LITERATURVERZEICHNIS	98
7. ANHANG	
"Tuberkulose-Bekämpfung". Vortrag von Andreas Flury 1932 (Erstveröffentlichung)	102
8. ZUSAMMENFASSUNG	119

1. EINLEITUNG

Im Rahmen einer mehrmonatigen Tätigkeit als Unterassistent im Spital Schiers hatte ich durch glückliche Umstände Zugang zu Flurys Nachlass. Diesen auszuwerten und die vielen Akten und Notizen zu einem Ganzen zusammenzutragen, war die Idee des Schierser Chefarztes Dr. Peter Boesch.

Der Name Flury wird heute noch von älteren Einwohnern des Prättigaus mit Verehrung ausgesprochen; er scheint fast legendär geworden zu sein. Es ist nicht das "de mortuis nil nisi bene", das jene, die Flury erlebt und gekannt haben, mit freundlichem Gedenken erfüllt. Das Studium seines Nachlasses und der Schriften über ihn deckt seine edle Gesinnung und seine eindruckliche Persönlichkeit auf.

Flury war kein Mann grosser Worte. Nicht Besitztümer gaben ihm Ansehen. Er war kein Politiker, kein Wissenschaftler. Er war Arzt, Landarzt, Spitalarzt, ein Mensch unter Menschen, der für seine Heimat, das Prättigau, in medizinischer und sozialer Hinsicht Pionierarbeit leistete.

Seine Verdienste sachlich darzustellen, seinen Namen der Nachwelt zu erhalten und diese stille, bescheidene Persönlichkeit zu würdigen, ist Aufgabe und Sinn der vorliegenden Arbeit.

Zürich, 1979

Hansrudolf Brunner

2. BIOGRAPHISCHES

Der Vater: Peter Flury (1804-1880)

Am 30. Oktober 1804 wurde Peter Flury als Sohn des Bauers und Kreisrichters Andreas Flury und der Anna geborene Meier in Saas im Prättigau getauft. Unter den neun Kindern hat er alle seine Geschwister überlebt. Die Eltern bestimmten den Sohn für den geistlichen Beruf. So besuchte der 11jährige zur Vorbereitung für das Gymnasium eine Privatschule in Klosters, die von Pfarrer Reutner geleitet wurde. Mit 14 Jahren ging er nach Chur in die Kantonsschule, wo er unglücklich war und bald den Plan, Geistlicher zu werden, fallenliess. Es lockte ihn vielmehr der Beruf des Kaufmanns. In seinem Drang, die Welt zu entdecken und Menschen kennenzulernen - ein Anliegen, dem wir in seinem ganzen Leben begegnen -, zog er 1819 zu seinem Bruder nach Modena, der dort nach damaliger Bündner Art als Angestellter einer Engadiner Zuckerbäckerei und Kolonialwarenhandlung tätig war. Ein Jahr später finden wir ihn in einem gleichen Geschäft in Rom, und in den nächsten Jahren war er Reisekurier und Hausverwalter in vornehmen englischen Familien. Von Bedeutung für sein künftiges Leben waren die Anstellung bei Pfarrer Drumond und die Begegnung mit dem Erweckungsprediger César Malan, die beide in ihm den Wunsch nach dem Pfarrerberuf neu entzündeten. Daher zog er mit 24 Jahren wieder nach Chur, wo er in beharrlichem Privatstudium die alten Sprachen nachlernte. Hierauf besuchte er das damals der Kantonsschule angegliederte Theologische Seminar, das von den Professoren Paulus Kind, Antistes und Schirbes geleitet wurde.

Nach seiner Ordination wurde Peter Flury 1836 zum Gemeindepfarrer von Schiers gewählt, wo er ein Jahrzehnt "mit Feuereifer und religiöser Entschiedenheit" im Amte war. In diese Zeit fällt die erste Tat, die ihn bis heute unvergesslich gemacht hat: die Eröffnung einer privaten Bildungsanstalt. Ge-

meinsam mit Landammann Nauli Roffler, dem begütertsten Mann der Gemeinde, gründete er 1837 die heute weithin bekannte evangelische Mittelschule. Darüber hinaus setzte er sich für eine bessere Armenfürsorge ein und förderte den Bau eines Armenhauses. Die Gemeinde Schiers belohnte seinen Einsatz mit der Verleihung des Ehrenbürgerrechtes. Seine Tatkraft verschaffte ihm neben dankbarer Zustimmung auch Gegner, so dass er aus Sehnsucht, irgendwo in der Welt eine ideale Christengemeinde aufzubauen, seine Heimat verliess und 1846 mit seiner gleichgesinnten Gattin, der Engländerin Sophie Jackson, nach New York reiste.

"Den Plan, als Indianermissionar zu wirken, musste er zwar bald aufgeben. Doch fand er eine mindestens so wichtige Aufgabe als Prediger der damals noch religiös gänzlich vernachlässigten reformierten Auswanderer am oberen Mississippi. Dubuque (Iowa) wurde sein Arbeitszentrum. Unter den zerstreuten Kolonisten fand er eine nicht geringe Zahl von Bündnern, denen er zeitweilig auch als Schullehrer diente. Als aber nach zwei Jahren seine Gattin starb und er selbst erkrankte, kehrte er 1849 nach Graubünden zurück und übernahm zunächst für drei Jahre das Pfarramt in Saas."(1)

1850 verheiratete er sich zum zweiten Male mit Ursina Roffler, der Tochter des oben erwähnten Landammanns Nauli Roffler. Dieser Ehe entsprossen zwei Söhne, 1851 Paul und 1853 Andreas Flury, dessen Lebenswerk in der vorliegenden Arbeit gewürdigt werden soll. Durch seine Heirat war Peter Flury vermöglicher geworden. Schon 1853 zog er nach Schiers, wo er nach eigenen Plänen das stattliche Haus im Dorfgebiet Palottis (die heutige Bäuerinnenschule) hatte bauen lassen. Von hier aus versorgte er sieben Jahre die Gemeinde Schuders, hernach die Gemeinde Fanas und schliesslich - nach fünfjährigem Unterbruch - die Gemeinde Schiers.

Sein letztes Lebensjahrzehnt aber war ausgefüllt von Plänen zur Verbesserung des darniederliegenden Krankenwesens:

"Im hohen Alter von 75 Jahren entschloss er sich, selbst

schon ein kranker Mann, in Schiers ein Spital zu bauen. Für diesen Bau stellte er nicht nur den Boden, sondern auch ganz bedeutende Finanzmittel zur Verfügung... Flury hatte lange versucht, die Oeffentlichkeit für die Errichtung eines Krankenhauses zu gewinnen, doch gelang ihm dies nicht, obwohl damals kein ständiger Arzt im Prättigau etabliert war und kranke Leute gezwungen waren, sich nach Malans, Vaduz oder ins Stadtspital Chur zur Behandlung zu begeben. Weil die Oeffentlichkeit nicht reif war, ein Spital zu bauen, schritt Flury zusammen mit seinem wohl engsten Freund Landammann Andreas Lietha von Grüşch zur Tat. Es war ihm noch vergönnt, den Rohbau des Krankenhauses zu erleben. Hingegen fehlte er, als am 10. Juli 1881 das Prättigauer Krankenhaus dem Betrieb übergeben werden konnte. Der Innenausbau des Hauses wurde unter der sachkundigen Leitung seines jüngeren Sohnes Dr. med. Andreas Flury vollendet."(2)

Auf einer Marmortafel am Choreingang zur Schierser Kirche steht:

"Dieses Denkmal widmet in aufrichtiger Dankbarkeit die Gemeinde Schiers ihrem Ehrenbürger Pfr. Peter Flury von Saas, getauft am 30. Oktober 1804, gestorben am 23. August 1880. Er war ein Prediger der Gerechtigkeit aus dem Glauben, ein Tröster der Kranken und Armen, der Gründer der Erziehungsanstalt und des Krankenspitals."

Der Bruder: Paul Flury (1851-1932)

Paul Flury wurde am 28. April 1851 in Saas geboren und wuchs mit seinem zweieinhalb Jahre jüngeren Bruder Andreas in Schiers auf. Nach kurzer Schulzeit in der vom Vater gegründeten evangelischen Lehranstalt erhielt er seine Ausbildung am Stuttgarter Gymnasium und später an der Universität Tübingen, wo er sieben Semester Theologie studierte. Ein achtes Semester folgte an der Universität Leipzig. In Tübingen bestimmte der strenge, persönlich überaus wirksame Biblizist Johann Tobias Beck (1804-1878) die weitere Entwicklung des Jünglings zur grossen Befriedigung seines alterten Vaters.

1876 kehrte Paul Flury in die Heimat zurück, wo ihn die Gemeinde Schiers zu ihrem Seelsorger wählte. 53 Jahre lang wirkte er als Pfarrer der Gemeinde und als Religionslehrer der evangelischen Lehranstalt; gleichzeitig war er uneigennütziger Seelsorger des von seinem Bruder geführten Spitals.

1885 heiratete er Sina von Bavier, die Tochter des ehemaligen Bundesrates und damaligen Ministers Simeon von Bavier, und bewohnte mit ihr das väterliche Haus in Palottis. Die Ehe blieb kinderlos.

Sein seelsorgerliches Wirken soll eindrücklich gewesen sein:

"Pfarrer Paul Flury war ein begnadeter Kanzelredner, aber auch seine schön aufgebauten Gelegenheitsansprachen, mit treffenden Bildern und Zitaten durchsetzt, waren für den Zuhörer ein Genuss. Und mit der ihm in besonderem Mass verliehenen Gabe feinen Mutterwitzes hat er manches träge und plastisch ausgemünzte Wort in Umlauf gesetzt. Politik brachte er nie auf die Kanzel, doch konnte man mit ihm auch darüber gut reden, denn er studierte nicht nur klassische und Fachliteratur, sondern las auch Zeitungen, und mitunter recht kritisch. Dass er sich um Gemeindeangelegenheiten lebhaft interessierte, ist begreiflich, war er doch -

gemeinsam mit seinem Bruder - Besitzer einer grossen Landwirtschaft und eng mit der heimatlichen Scholle verbunden."(3)

Besonders sorgte er für das Armenwesen und für das kulturelle und soziale Wohl der Gemeinde.

Im Februar 1932 starb er allgemein verehrt. Ihm und seinem Bruder Andreas ist die Gedenktafel neben dem Hauptportal der Schierser Kirche gewidmet.

Andreas Flury (1853-1938)

Kindheit und Jugendjahre

Noch fuhr keine Eisenbahn durch das Prättigau; abgelegene Dörfer waren nur auf schlechten Fusspfaden erreichbar. Elektrizität kannte man nicht. Bahnbrechende Entdeckungen in Medizin und Technik standen an ihrem Anfang.

In diese Zeit, am 19. Oktober 1853, an dem Tag, da Pfarrer Peter Flury von Saas nach Schiers in sein neues Haus in Palottis umzog, wurde Andreas Flury gegen Abend geboren. Wohl ahnte niemand, welche schicksalhafte Bestimmung über der Geburt dieses Knaben lag, der einst fürs ganze Tal als Arzt mehr als ein halbes Jahrhundert wirken sollte.

In Schiers, dem Hauptort des Vorderprättigaus, wuchs Andreas mit seinem Bruder Paul wohlbehütet auf, besuchte hier die Dorfschule und anschliessend die Realschule der Evangelischen Lehranstalt. Viel später berichtete er selbst über diesen Schulwechsel:

"In recht jungen Jahren kam ich in die unterste Klasse. Wohl wusste ich, dass im Elternhaus solches geplant war, aber an dem Tag vor dem Eintritt war nicht davon die Rede gewesen, es war scheint's mehr oder weniger vergessen worden. So löste der Befehl zum Eintritt zunächst nur Schrecken aus. Die Aufforderung erreichte mich auf dem Weg nach Stels, am Anfang des Buchwaldes über Fajauna, durch das Rufen einer uns eilends nachgeschickten Magd. Es waren eben drei Sommermonate goldenster Freiheit in Oberstels vorangegangen, nur über Sonntag kamen wir jeweils ins Dorf hinunter. Jener Schrecken wirkte so nach, dass ich, plötzlich versetzt vor den Examinator in die erste Bank von Nr. 22 (Schulzimmer, Examens- und Festsaal mit der durchgehenden Front gegen das Dorfschulhaus), dem neben mir Sitzenden für einen Augenblick an die Schulter sank. Es war aber in der Folge nicht dieses Erlebnis,

sondern mangelhafter Eifer, der mir den oft gehörten Ruf des Lehrers zutrug: 'Verzogna Andrea!'"(4)

Der Vater bereitete ihn durch zusätzlichen Privatunterricht auf das Gymnasium vor, und mit 14 Jahren reiste er mit seinem Bruder nach Hausen in Württemberg, wo beide in der Pfarrerrfamilie Unterkunft fanden. Ueber die Reise nach Süddeutschland erzählte Andreas Flury später:

"Trotz ihrer Sesshaftigkeit und Reiseängstlichkeit machten sich unsere Mutter und Tante Deti (Tochter von Nauli Roffler) auf, uns mit dem Vater nach Stuttgart und von da nach Hausen zu begleiten im Oktober 1867. Wir wurden zur Aufnahme ans Mittelm gymnasium nur in Latein geprüft. Das Resultat war entsprechend unserer diesbezüglichen Vorbildung ganz miserabel. (Unser Vater klagte nachher, dass er nicht recht orientiert gewesen sei.)"

Wir wissen nicht, was den Vater dazu bewog, seine beiden Söhne an ein ausländisches Gymnasium zu schicken, zumal schon seit 1850 eine "gemeinsame Mittelschulanstalt für beide Konfessionsteile"(5) in Chur bestand.

Nach der Vorbereitung in Hausen begann 1868 die Gymnasialzeit in Stuttgart, die Andreas sechs Jahre später mit der Maturität abschloss. Es waren glückliche, unbeschwerte Jahre, von denen er noch im hohen Alter gern berichtete.

Studienzeit

1874 kam er für zwei Jahre nach Tübingen und dann drei Jahre nach Zürich, um sich dem Studium der Medizin zu widmen. Leider liegen von der Hand Flurys keine Nachrichten über diese Zeit vor.

Die Geschichte der Zürcher Universität 1833-1933 (6) gibt Aufschluss über die damaligen Lehrer der medizinischen Fakultät. Dazu zählten der Augenarzt Friedrich Horner, der Gynäko-

loge Ferdinand Frankenhäuser, der Pathologe Carl Joseph Eberth, der Chirurg Edmund Rose und der Internist Gustav Huguenin. (7) Horner ist durch die von ihm beschriebene Trias ein Begriff geblieben; weniger bekannt sind das Frankenhäuser-Ganglion und der Rose-Tetanus. Eberth entdeckte 1879 den Erreger des Typhus abdominalis.

Vor dem Staatsexamen, das er im Sommer 1879 in Zürich ablegte, weilte Flury ein Wintersemester in Würzburg. Hier schrieb er unter dem Chirurgieprofessor Ferdinand Riedinger (9) seine Dissertation und erlangte am 14. Februar 1879 schon vor dem Staatsexamen - wie er selber ausdrücklich erwähnt - die Doktorwürde "in der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe einer hohen medicinischen Facultät zu Würzburg". (10)

Dissertation

In seiner Doktorarbeit "Ein Beitrag zur Geschichte und Statistik des hohen Steinschnitts vom 1851-1878" beschreibt Flury 93 Fälle von Sectio alta, deren Indikation, Operationstechnik und postoperativen Verlauf. Flurys Dissertation über die Sectio alta lässt uns die Bedeutung und auch die Unsicherheit dieser Operation für jene Zeit ahnen.

Das Nieren- und Blasensteinleiden ist jahrtausendealt. Beschreibungen einer Blasensteinoperation stehen bei Celsus, der um 30 n. Chr., zur Zeit des römischen Kaisers Tiberius, in Rom lebte. Bei der von Celsus dargestellten Methode wurde die Blase vom Damm her durch einen kühnen Messerschnitt eröffnet und der Stein mit den Fingern herausgeklaut. Die Operation endete oft mit schweren Komplikationen und dem Tod. Die Sectio alta wurde erstmals im 16. Jh. vom Chirurgen Pierre Franco (1506-1579) ausgeführt, der diese Technik als Notoperation zur Entfernung eines eigrossen Blasensteins bei einem 10jährigen Kind anwandte. Aber erst um die Mitte des 19. Jh. begann sich die Sectio alta als allgemein übliche Operationsmethode durchzusetzen. Man eröffnete dabei die Blase vom Unterbauch her und konnte mit Instrumenten die Steine entfernen. Flurys Arbeit sollte die Ergebnisse zusammenfassen. Die Unterlagen entnahm er den Mitteilungen in verschiedenen medizinischen

Zeitschriften; so benützte er die "Deutsche Klinik", "Canstatt's Jahresberichte über die Fortschritte der gesamten Medizin", "Schmidt's Jahrbücher" und Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie". Sorgfältig, fast peinlich genau - wie er es später immer wieder zu tun pflegte - beginnt er mit der Darlegung der 93 Krankengeschichten; er stellt eine Übersichtliche Statistik auf, worin er Patientenalter, Heilungsdauer, Steingrösse und -gewicht vergleicht, und findet als Quintessenz eine durchschnittliche Heilungsdauer nach Sectio alta von 48 Tagen. Ein Zusammenhang zwischen Patientenalter und Steingrösse liess sich nicht nachweisen.

Nach seinem Staatsexamen in Zürich kehrte der junge Arzt im Sommer 1879 nach Schiers zurück, wo sein Vater eben mit dem Bau des Krankenhauses begonnen hatte. Nach kurzem Ausspannen begab er sich auf die damals übliche Studienreise. Namentlich wollte er sich in der Kunst des Operierens weiterbilden.

Halle, Berlin und Wien

Die drei genannten Städte waren für hervorragende Chirurgen berühmt. In Halle wirkte Richard Volkmann (11), in Berlin Bernhard von Langenbeck (12), in Wien Theodor Billroth (13). Im Durchschnitt konnte Flury knapp vier Monate an jedem der genannten Orte bleiben; genaue Angaben fehlen. Ueber seinen Aufenthalt in Wien weiss Schnyder (14):

"Hier wäre er beinahe einer Infektion erlegen, die er sich bei einer Sektion zuzog. 32 Inzisionsnarben an seinem rechten Arm erinnerten ihn zeitlebens an diese schwere Zeit."

Das einzig fassbare Dokument aus jener Zeit bleibt eine Quittung des allgemeinen Krankenhauses Wien "über achtzehn Gulden 70 Kreuzer, welche als Verpflegsgebühr zu täglichen 85 kr. vom 11. Juni bis einschliessig 2. Juli 1880 für Herrn Dr. Andreas Flury zur Cassa der gefertigten Verwaltung bezahlt worden sind".

Wirken in Schiers

Kaum hatte sich Andreas Flury von der schweren Krankheit erholt, eilte er im August 1880 an das Sterbebett seines Vaters. Das Spital, das erst im Rohbau erstellt war, wurde unter seiner sachkundigen Anleitung vollendet. Dem Gründer und Erbauer Pfarrer Peter Flury war es nicht mehr vergönnt, die Einweihung des Krankenhauses im Sommer 1881 mitzuerleben.

Von nun an wirkte Andreas Flury bis zu seinem Tod im Jahre 1938 ununterbrochen in Schiers als Landarzt des Vorder- und Mittelprättigaus und gleichzeitig als erster Spitalarzt des heutigen Prättigauer Krankenhauses.

Benedikt Hartmann, langjähriger Direktor der Lehranstalt Schiers, schildert in seinem Nachruf auf Andreas Flury, er sei der längst ersehnte Arzt gewesen: "denn als er im Herbst 1880 in Schiers seine Praxis eröffnete, waren Vorder- und Mittelprättigau noch ohne Arzt und Apotheke. Man musste nach Malans hinaus um ärztlichen Rat, gelegentlich auch noch weiter." (15) Und Matthias Thöny weiss:

"Als teures Vermächtnis übernahmen und verwalteten die beiden Brüder das neue Krankenhaus auf dem Hof und betrieben es ein Vierteljahrhundert lang auf eigene Kosten, wobei sie jeweilen ein durchschnittliches Jahresdefizit von zirka 4000 Franken zu tragen hatten." (3)

1885 verheiratete sich Dr. Flury mit der Oberschwester des Spitals, der ehemaligen Diakonissin Anna Gujer (1846-1931) aus dem Zürcher Oberland. Anfangs wohnten sie beide im Krankenhaus, bis sie um die Jahrhundertwende ein Haus durch Erbschaft übernehmen und beziehen konnten. Es war das heute wegen Renovation oder Abbruch umstrittene "Flury-Haus", eine der Evangelischen Mittelschule angehörende Liegenschaft. Die Ehe Flury-Gujer blieb ebenfalls kinderlos; aber das Ehepaar nahm eine Nichte aus der Familie Gujer als Pflege Tochter auf. Andreas Flury betrachtete später auch deren Mann

und Kinder wie eigene Angehörige. Als Witwer lebte er mit ihnen bis zu seinem Tode in gemeinsamem Haushalt. (16)

Eine kaum vorstellbare Arbeit wartete auf den jungen Arzt; aber er bewältigte sie während eines halben Jahrhunderts. Die ohnehin aufwendige und verantwortungsvolle ärztliche Arbeit wurde überdies durch zeitraubende Umstände erschwert: schlechte Wegverhältnisse (viele der abgelegenen Bergdörfer waren nur zu Fuss erreichbar), unvollkommene Verkehrsmittel und ein grosses Tätigkeitsfeld, das sich von Malans bis nach St. Antönien erstreckte.

Von 1889 bis 1935 diente er auch als Vertrauensarzt der Rhätischen Bahn.

Einer seiner späteren Kollegen aus Küblis, Karl Schnyder, berichtete:

"Kollege Flury, ganz auf sich selbst angewiesen, ohne die beruhigende Sicherheit, andere Kollegen oder Spezialisten zu Hilfe rufen zu können, hat manche schwere Stunde erlebt. Besonderes Interesse brachte er der Geburtshilfe entgegen. Verschleppte Querlagen waren damals häufig, auch Geburten bei Tumorbecken sah er mehrmals und musste solche Fälle allein meistern. Der grosse Aufstieg der Chirurgie fiel in die ersten Jahre der Spitaltätigkeit Flurys. Er hat sich redlich bemüht, auch seine Heimat und sein Wirkungsfeld dieser Segnungen teilhaftig werden zu lassen. Mehr als einmal erzählte er, wie er in den neunziger Jahren mit Bangen an die ersten Appendektomien gegangen ist, nur von einer Schwester assistiert und ohne je einer solchen Operation beigewohnt zu haben. Irrtum vorbehalten ist im Schierser Spital eine der ersten Hernnähte in der Schweiz ausgeführt worden, allerdings unter Assistenz des nachmalig gefeierten Chirurgen de Quervain (17), der zufällig in Schiers war. Auch eine Röntgeneinrichtung musste angeschafft (1914) und zuerst durch den Spitalarzt mit Hilfe des Physiklehrers der Anstalt Schiers, Dr. Habisch, ausprobiert und betrieben werden. Dass alle Labo-

ratoriumsarbeiten vom Spitalarzt besorgt wurden, sei nur nebenbei gesagt." (14)

Die vielen Notizen Flurys beweisen seine fleissige und pflichtbewusste Art. Ueber seine Patienten führte er genaue Krankengeschichten, die uns in vier dicken Büchern erhalten geblieben sind. Seine statistische Zusammenfassung über die während der ersten 25 Jahre gestellten Diagnosen gibt Auskunft über die Häufigkeit von Krankheiten, mit denen er sich zu befassen hatte. Die Operationen wurden in chronologischer Ordnung in drei Oktavheftchen nachgetragen und mit einer Randnotiz versehen, die den jeweiligen Assistenten oder zum Teil auch die Art der Anästhesie (Aether, Chloroform, Cocain) angibt. Ferner besteht eine Sammlung schwer leserlicher Notizen über die Geburtshilfe.

Ein reger Briefwechsel mit seiner Pflegetochter Martha und später mit deren Sohn ist Ausdruck seiner väterlichen Fürsorge.

Mit Vorträgen über die Alkoholfrage, über häusliche Hygiene und Kleidung und über Erziehung suchte Flury an den Jahresversammlungen des Prättigauer Krankenvereins die Mitbürger aufzuklären. - Für die Lehranstalt gab er 1903 die Schrift "Leitfaden zum hygienischen Unterricht für Seminaristen der Lehranstalt Schiers" heraus.

Einige medizinische Merkwürdigkeiten veröffentlichte er im "Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte". (Alle genannten Arbeiten sollen im Kapitel "Nachlass" besprochen werden.)

Vier handgeschriebene Blätter widerspiegeln seine Tätigkeit als Samariterlehrer. Sie sind betitelt: "Samariterkurse für die RhB (1900 und 1908), für den Frauenverein Jenaz (1928), für die Seminaristen der Lehranstalt (1934)".

Wir glauben Dr. Karl Schnyder, wenn er sagt: "... so blieb

ihm wenig Zeit zum Schlaf und zur Erholung. Jahrelang gönnte er sich keine Ferien."(14)

Ein Abschnitt aus Blums Nekrolog (18) stellt uns die Persönlichkeit des fast legendär gewordenen Arztes vor Augen:

"Als grosser Menschenkenner, der auf eine jahrzehntelange Praxis zurückblickte, wusste er nicht nur um die Krankheiterscheinungen, die er mit fast absoluter Sicherheit in der Diagnose beurteilte, sondern auch um die Seelennot, die Sorgen und Schmerzen der Gesunden, die bei ihm Rat und Hilfe suchten. Bis in sein hohes Alter erhielt er sich mit den Errungenschaften der ärztlichen Kunst auf dem laufenden, las neueste ärztliche Werke, und sein Wissen war von überraschender Genauigkeit. Er war gewöhnlich still, fast schweigsam, und an Aerzteversammlungen hörte er gerne zu. Wenn er aber einmal das Wort ergriff, so hatte seine Aeusserung Hand und Fuss und fand bei den Kollegen Beachtung. Was er die achtundfünfzig Jahre seiner ärztlichen Tätigkeit an den Schülern der Lehranstalt und an den Bewohnern des vorderen Prättigaus, deren einziger Arzt er lange Zeit war, in selbstloser Aufopferung getan hat, lässt sich nicht mit Worten sagen."

Bekannte Aerzte wie Fritz de Quervain (17), Emil Köhl (19), Otto Veraguth (20) und Achille Lardelli (21) verkehrten in seinem gastlichen Hause und standen ihm, besonders in den letzten Jahren seiner chirurgischen Tätigkeit, oft beratend und helfend zur Seite. Mit dem Psychiater Johann Joseph Jörger (22) hat er verschiedentlich Briefe gewechselt, wenn es um die Beurteilung psychisch kranker Patienten ging. Einer seiner besten und nächsten Berufskollegen war Karl Schnyder (23) aus Küblis, der in den zwanziger Jahren mehrmals bei den grösseren Operationen Flury assistierte.

Oberstkorpskommandant Theophil von Sprecher (1850-1927) war ein durch Verwandtschaft verbundener Freund, der regelmässig zu Besuch kam. Flury verfolgte aufmerksam politische Ereignisse.

Ebenso soll er sich ernsthaft mit dem Studium der Bibel beschäftigen. Auch kulturellen Werken schenkte er seine Aufmerksamkeit. Seinem Vermächtnis verdankt die Kantonsbibliothek Chur einen Teil ihrer schönsten Bestände, die Roselische Bibliothek. Diese war durch Erbschaft von der Schwiegermutter Nauli Rofflers, Maria Roseli, der Tochter des Klosterser Pfarrers Johannes Roseli (1722-1793), auf Dr. Flury übergegangen. (Die ehemalige Pfarrbibliothek ist eine Fundgrube für Schriften aus den Pietismusbewegungen des 17. und 18. Jahrhunderts. Erwähnt seien die "Theosophischen Sendbriefe des von Gott in Gnaden erleuchteten Jacob Böhme von Alt-Seidenberg, gedruckt zu Amsterdam 1682", ein Kleinod holländischen Buchdrucks.)

1926 trat Andreas Flury als Spitalarzt zurück. Im Protokoll der 92. Vorstandssitzung des Prättigauer Krankenvereins vom 10. Oktober 1925 steht:

"Unter sichtlicher Bewegung, die auch uns andere Mitglieder des Vorstandes ergreift, teilt der Vorsitzende mit, dass Herr Dr. Flury den Wunsch geäußert habe, von seiner Tätigkeit als Spitalarzt zurücktreten zu dürfen. So sehr wir seinen Wunsch begreifen und wissen konnten, dass dieser Augenblick einmal kommen würde, so leid tut es uns heute, dass er nun schon gekommen ist. Wir hätten gewünscht, dass das bisherige Verhältnis unseres verehrten Herrn Doktors zum Spital und zu uns noch recht lange hätte fort dauern mögen... Herr Dr. Flury hat seinen Entschluss zu demissionieren dem Vorsitzenden mitgeteilt und begründet ihn noch kurz vor dem Vorstand. Die Altersstufe ist überschritten; das ist neben andern, weniger ins Gewicht fallenden Gründen der Hauptgrund, der ihn zu diesem Schritt bewogen hat. Er hat in seiner langen Praxis, zuweilen durch Jahre hindurch als der einzige Arzt im Tal, viel Aufmunterung und Genugtuung erfahren, daneben aber gelegentlich auch bittere Enttäuschungen erlebt. Nicht erfreulich wollte ihm in den letzten Jahren das offensichtlich passive Verhalten der Einwohnerschaft in Klosters zum Prättigauer

Krankenhaus erscheinen. Einige (drei) ganz ungünstige Fälle, die übel ausgingen, sind aufgebauscht und ausgeschlachtet worden und haben der Frequenz des Krankenhauses von Klosters her geschadet. Von Dr. Jung daselbst sind in auffallender Weise nur hoffnungslose Patienten, Todeskandidaten, nach Schiers geschickt worden, sodass Dr. Flury sich veranlasst gesehen hat, den Gemeindevorstand in Klosters auf die einer solchen Gepflogenheit zu Grunde liegende Absicht aufmerksam zu machen... Den Entschluss Dr. Flurys, zu demissionieren, hat zwar die Presse noch nicht erfahren; er scheint aber doch da und dort bekannt geworden zu sein."

Nach seinem Rücktritt als Spitalarzt besorgte Flury bis kurz vor seinem Tod im August 1938 eine allmählich abnehmende Privatpraxis. Ueber seine letzten Lebenswochen und seine Krankheit schreibt Schnyder:

"Noch im Frühjahr 1938 hat Kollege Flury Patienten besucht, dann erkrankte er an einer Ischias. Fünf Jahre zuvor war sein Bruder, der langjährige Schierser Pfarrer, ebenfalls an Ischias nach Prostatakarzinom erkrankt und gestorben. So machte sich Andreas Flury keine falschen Vorstellungen über die Natur seines Leidens. Die letzten Lebenswochen verbrachte er im Krankenhaus, dem er so lange vorgestanden und dessen Wohltäter er gewesen." (15)

Quellenhinweise und Anmerkungen zum Lebenslauf

- (1) Biographisches Lexikon verstorbener Schweizer, Bd. 2, Basel 1948, S. 364-367 (Die Familie Flury in Schiers, mit Porträts von Paul und Andreas Flury).
- (2) Tarnutzer, Hans A., "Notizen über Pfr. Peter Flury", unveröffentlicht.
- (3) Thöny, Matthias, in: Kleine Zeitung, Sonntagsbeilage zu: Prättigauer Zeitung und Herrschäftler, Schiers, 24.10.1953.
- (4) Prättigauer Zeitung und Herrschäftler, Schiers, 15.7.1937.
- (5) Pieth, Friedrich, Bündnergeschichte, Chur 1945.
- (6) Die Universität Zürich 1833-1933, bearbeitet von Ernst Gagliardi, Hans Nabholz und Jean Strohl, Zürich 1938.
- (7) Horner, Johann Friedrich (1831-1886), Ordinarius für Ophthalmologie.
Rose, Edmund (1836-1914), Ordinarius für Chirurgie.
Frankenhäuser, Ferdinand (1832-1894), Ordinarius für Gynäkologie und Geburtshilfe.
Huguenin, Gustav (1840-1920), Ordinarius für Innere Medizin.
Eberth, Carl Joseph (1835-1926), Ordinarius für Pathologie.
- (8) Hornersche Trias: Ptose, Miose und Enophthalmus.
Rosescher Kopftetanus: Abart des gewöhnlichen Tetanus, durch Kopfverletzung verursacht, meist die Gliedmassen freilassend. Schluck- und Stimmritzenkrämpfe und Lähmung des Nervus facialis stehen im Vordergrund.
Frankenhäusersches Ganglion: Ganglion cervicale uteri, im lateralen Wandteil der Cervix gelegener Nervenplexus.

- (9) Riedinger, Ferdinand (1845-1918), Chirurg im Julius-hospital Würzburg.
- (10) Flury, Andreas, Ein Beitrag zur Geschichte und Statistik des hohen Steinschnitts von 1851-1878, Diss. Tübingen 1879.
- (11) Volkmann, Richard (1830-1889), 1867-1877 Professor der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Universitäts-klinik Halle.
- (12) Langenbeck, Bernhard von (1810-1887), 1848-1872 Professor der Chirurgie und Augenheilkunde an der Universitätsklinik Berlin.
- (13) Billroth, Theodor (1829-1894), 1860-1867 Professor der Chirurgie in Zürich, dann bis zu seinem Tode in Wien.
- (14) Schnyder, Karl, Nachruf auf Andreas Flury, in: SMW 68 (1938), S. 1061 (mit Bildnis).
- (15) Hartmann, Benedict, Nachruf auf Andreas Flury, in: Der freie Rätler Nr. 188 (1938).
- (16) Aeskulap in Graubünden. Beiträge zur Geschichte der Medizin und des Aerztestandes. Hrsg. vom Bündnerischen Aerzteverein, Chur 1970, S. 215-219.
- (17) de Quervain, Fritz (1868-1940), 1910-1918 Professor der Chirurgie in Basel, dann bis 1938 als Nachfolger Theodor Kochers in Bern.
- (18) Blum, Andreas, Dr. A. Flury. In: 101. Jahresbericht der Evangelischen Lehranstalt Schiers. Schiers 1938 (mit Bildnis).
- (19) Köhl, Emil (1857-1924), 1893-1924 Chirurg und Chefarzt am Churer Stadtspital.
- (20) Veraguth, Otto (1870-1944), von Chur, seit 1918 ausser-

ordentlicher Professor für physikalische Therapie an der Universität Zürich.

- (21) Lardelli, Achille (1880-1929), 1917-1929 erster Chef-
arzt am Kantonalen Frauenspital Fontana in Chur.
- (22) Jörger, Johann Joseph (1860-1933), Psychiater und Leiter
der kantonalen psychiatrischen Klinik Waldhaus, Chur.
- (23) Schnyder, Karl (1888-1959), Arzt in Küblis (Kt. Graubünden).

3. GESCHICHTLICHES

Zur Entwicklung des Sanitätswesens im Kanton Graubünden

(Als Quellen dienten: Friedrich Pieth, Bündnergeschichte, Chur 1945, und Jacob Hemmi, Beitrag zur Geschichte des Sanitätswesens in Graubünden, Chur 1914.)

Ein Sanitätsrat besorgte seit 1807 die gesamte Gesundheitspolizei, prüfte und patentierte die Aerzte und Apotheker und bemühte sich um die Ausbildung der Hebammen. Eine weitere Aufgabe war die Fernhaltung herumziehender "Operatoren". Für diese Zahn- und Augenärzte zeigte das Volk besondere Anhänglichkeit, obwohl deren Tätigkeit manchem Patienten das Leben kostete.

Häufig trat die Pockenkrankheit auf, die erst im 19. Jahrhundert dank der Schutzimpfung allmählich beherrscht werden konnte. Die allgemeine Vakzination wurde 1807 eingeführt.

Brachen ansteckende Krankheiten unter den Menschen oder dem Vieh aus, traf der Sanitätsrat sofort Massnahmen zur Bekämpfung und Eindämmung. Eine der ersten grossen Epidemien, von der in den Sanitätsberichten zu lesen ist, war das Petechialfieber, das sich nach dem Hungerjahr von 1816/17 über den ganzen Kanton ausbreitete.

1844 wurde die Organisation des bündnerischen Medizinalwesens verbessert. Der Grosse Rat beschloss die Anstellung von elf Bezirksärzten, die den Vollzug der Sanitätsgesetze und die Arbeit der Aerzte, Apotheker, Hebammen und Tierärzte überwachen sollten.

Eine genaue Feststellung der Sterblichkeit war erst mit dem Erlass des eidgenössischen Zivilstandsgesetzes im Jahre 1875 möglich, weil bis dahin die Pfarrämter nicht immer mit der ge-

wünschten Gewissenhaftigkeit die Registrierung der Geburts- und Todesfälle besorgten.

1881 erhielt Graubünden eine Lebensmittelpolizei. Das physikalisch-chemische Laboratorium der Kantonsschule wurde als Amtsstelle für die staatlichen Untersuchungen, der Chemie-lehrer an der Kantonsschule als Kantonschemiker bezeichnet.

1895 errichtete der Kanton im Kampf gegen die Epidemien kommunale Absonderungshäuser und unterstützte die Anschaffung von Desinfektionsapparaten und Krankentransportmitteln.

Im Jahre 1900 wurde das Sanitätswesen neu geordnet. Der Kleine Rat wurde zur zuständigen Sanitätsbehörde. Als deren Beihilfe und Beirat wurden vom Grossen Rat zwei Mitglieder gewählt. Gleichzeitig setzte man mit Rücksicht auf die Viehseuchenpolizei Bezirkstierärzte und einen Kantonstierarzt ein.

Erst seit 1909 unterstützt der Kanton die allgemeine Krankenpflege durch Beiträge an den Bau und Betrieb von Spitälern, deren Errichtung vorher nur durch grosse Zuwendungen privater Wohltäter möglich war.

Das erste Spital Graubündens befand sich in einem um 1552 erbauten Haus am Totentor in Chur; es stand unter der Leitung des Stadtarztes und einer Verwalterin. Noch heute bekannt ist das um 1850 von Pater Theodosius Florentini gegründete Kreuzspital, ebenfalls in Chur. Zwölf Jahre später baute der Bürgermeister Christian Bener (1799-1876) ein kleines Privatkrankenhaus "Auf dem Sand". Erst Ende des 19. Jahrhunderts entstanden im Kanton Graubünden die verschiedenen Bezirks- und Talspitäler. Als erster gründete Johann Fidel Depuoz von Seth (1817-1875), Professor am Priesterseminar Chur, in den sechziger Jahren das Spital St. Niklaus in Ilanz, das 1913 ausgebaut und renoviert wurde. 1881 eröffnete Andreas Flury sein Privatkrankenhaus in Schiers. Es war das zweite

nicht städtische Spital des Kantons. Wenige Jahre später folgten weitere Regionalspitäler, so 1888 Davos, 1895 Samaden, 1904 Bergell, 1908 Schuls und 1912 Thusis.

Im Mai 1892 gründete der Churer Arzt Thomas Lardelli (1851-1934, Vater des Achille) den Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose. Durch Schenkungen, Mitgliederbeiträge und Zuschüsse des Kantons gelang es, eine stattliche Summe für den Bau eines bündnerischen Lungensanatoriums zusammenzulegen. So konnte im November 1916 die kantonale Lungenheilstätte in Arosa dem Betrieb übergeben werden.

Grösseren Schwierigkeiten begegnete die Gründung des Kantonsspitals, obwohl schon 1840 Johann Peter Hosang, Buchhalter der Seidenfirma Frizzoni in Bergamo, den Wunsch geäußert hatte, sein Vermögen möchte für den Bau eines Kantonsspitals verwendet werden. Wegen Uneinigkeiten in den Behörden und auch zwischen den bestehenden Spitalverwaltungen kam es noch lange nicht zur Ausführung. 1905 wiesen Thomas Lardelli und Karl Kellenberger als Mitglieder der Sanitätskommission erneut auf die Notwendigkeit eines Kantonsspitals hin. Dem kleinen Rat schien es nicht dringlich. Doch der Kantonsspitalgedanke lebte fort und wurde gefördert durch Hermann Herold (1851-1940, Bürger von Chur, Pariser Bankier und Wohltäter Graubündens) und Emil Köhl. In einem Zeitungsaußatz wies Köhl 1916 darauf hin, dass der Kanton insbesondere einer geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung bedürfe. Dieser Aufruf bildete den unmittelbaren Anlass zur Gründung des kantonalen Frauenspitals. Denn Anna von Planta (1856-1934), deren Vater in Alexandrien und Liverpool ein Handelshaus mitbegründet hatte und deren Bruder Rudolf Alexander (1861-1895) durch Schenkung seiner Güter zum Stifter der heutigen Landwirtschaftsschule "Plantahof" in Landquart geworden war, vermachte dem Kanton am 12. April 1916 ihre Liegenschaft "Fontana" zur Errichtung eines Frauenspitals. Es konnte schon 1917 bezogen werden. Diese hochherzige Schenkung der Anna von Planta gab der Verwirkli-

chung des Kantonsspitals neuen Auftrieb. Dank grossen Schenkungen aus privaten Kreisen konnte schliesslich kurz vor Ausbruch des Zweiten Weltkrieges der Baubeschluss des Kantonsspitals gefasst und mit der Errichtung begonnen werden.

Zur Entstehung des Prättigauer Krankenhauses und des Prättigauer Krankenvereins

Ueber die Gründung des Krankenhauses weiss Sprecher (24), "dass Pfr. Peter Flury eines Sonntags über Luk. 19,8 gepredigt und dabei eingestanden habe, dass er nach ernstlichem Nachdenken sich von seinem Gott habe sagen lassen müssen, dass auch er das Gut, welches ihm zuteil geworden, nicht einfach für sich annehmen und behalten dürfe, sondern dass er als Christ es vielmehr für das Reich seines Gottes zu verwenden habe. Deshalb habe er sich am Abend seines Lebens entschlossen, sein Gut für die Kranken aufzuopfern, indem er ihnen eine Stätte bereiten wolle, wo sie unter Gottes Beistand wieder Genesung finden könnten." Ohne von öffentlichen Mitteln unterstützt zu sein, schritt er, bereits 75jährig, zur Tat und liess ein Krankenhaus erbauen, dessen Einweihung er allerdings nicht mehr erleben durfte. Durch seine zweite Heirat mit Ursina Roffler war er ein vermöglicher Mann geworden. Sein Schwiegervater, Landammann Nauli Roffler (1792-1848), seinerzeit der begütertste Mann im Tal, war durch Erbschaft in den Besitz der ehemaligen Kapitelgüter in Schiers gelangt. Dieses Vermögen bildete einen Teil der finanziellen Grundlagen zum Bau des Krankenhauses. Eine weitere Geldquelle aber lag in Asti. Pfarrer Flury hatte dort zwei Brüder, die im Weinhandel tätig waren. Nachdem einer der beiden, Meinrad, in den sechziger Jahren gestorben war, musste Peter Flury jedes Jahr nach Asti fahren, um dort Inventar zu machen, weil auch er am Geschäft beteiligt war. Eine Notiz aus der Feder Andreas Flurys bestätigt uns dies, indem es da heisst: "Durch viele Jahre warf das Geschäft in Asti eine gute...Rendite ab, meinem Vater später auch erwünscht wegen des Krankenhausbaues..."

Das für damalige Verhältnisse sehr schön und gut eingerichtete Spital konnte am 10. Juli 1881 mit einer einfachen Feier eröffnet werden. Es war ein privates Krankenhaus mit öffentlichem Charakter. Besitzer waren die Brüder Paul und Andreas

Flury, die das Krankenhaus in eigener Verwaltung im Sinne ihres Vaters "wie ein heiliges Vermächtnis" (25) führten. Sie haben über Jahre ein jährliches Defizit von durchschnittlich 4000 Franken selbst getragen und dazu immer wieder für Neuanschaffungen und betriebliche Einrichtungen erhebliche Geldsummen investiert. Es darf auch erwähnt werden, dass Dr. Flury in den 45 Jahren seiner Tätigkeit als Spitalarzt für seine Bereitschaft bei Tag und Nacht und für seine grosse, schwere Arbeit nie einen Lohn bezogen hat.

Es ist erstaunlich, wie lange diese Opferbereitschaft einer einzigen Familie fast als Selbstverständlichkeit im Volke hingenommen wurde. Erst 1902 tauchte der Gedanke auf, dass die immer grösser werdende finanzielle Belastung von irgendeiner öffentlichen Institution der Familie Flury abgenommen werden müsse. Im Jahresbericht des Prättigauer Krankenvereins von 1902 lesen wir:

"Unsere Talschaft kann zwar schon seit mehr als zwei Jahrzehnten den Segen eines Spitals geniessen, dank der bekannten Opferwilligkeit seitens der Besitzer desselben. Zeit aber wärs für unsere Talschaft endlich, dies segensreiche, auch noch in diesem Jahre mit grossem Kostenaufwand erweiterte Werk selbst zu übernehmen." (26)

Aber erst 1906 wurde in einer Versammlung des Prättigauer Krankenvereins die Uebernahme des Spitals beschlossen. Dies aber war nur möglich, weil die Gebrüder Flury sich bereit erklärt hatten, ihr Krankenhaus mit Mobilien und Immobilien (mit Bau- und Mobiliarkosten im Wert von mindestens Fr. 125'000.-) unentgeltlich dem Prättigauer Spitalverein abzutreten, nicht nur zum Betriebe, sondern als wirkliches Eigentum, unter der Voraussetzung jedoch, dass es weiterhin "im Sinne und Geiste des Gründers, Herrn Pfr. Peter Flury sel., geführt werde". (24)

Damit ging das Krankenhaus in den Besitz des Prättigauer Spitalvereins über; aus einem Privatkrankenhaus entstand ein Regionalspital. Seither hat sich das Prättigauer Krankenhaus in steter Entwicklung nach den ursprünglichen Zielsetzungen zu richten versucht.

Der Prättigauer Krankenverein verdankt seine Entstehung dem Landammann Andreas Lietha von Grüşch (26). Als Initiant hat er am 10. Juli 1881 (anlässlich der Eröffnungsfeier des Schierser Spitals) angeregt, "man solle versuchen in den Gemeinden des Prättigaus einen Verein zu gründen, dessen Mitglieder sich durch Jahresbeiträge verpflichten, die Mittel zu beschaffen, um den armen Kranken des Tales durch Unterstützung die Aufnahme in das neue Krankenhaus zu ermöglichen". (24) Schon im Herbst desselben Jahres wurde der Prättigauer Krankenverein anlässlich einer Versammlung von Gemeindevertretern gegründet. Die Aufgabe des Vereins, der später auch Spitalverein genannt wurde, bestand zunächst und über Jahrzehnte hinaus nur darin, mittellosen Kranken die Aufnahme ins Schierser Spital, wenn es sein musste auch in ein auswärtiges, zu gewährleisten. Mitglied des Vereins konnte jedermann werden, der jährlich Fr. 1.- in die Vereinskasse zu zahlen bereit war. Als Vereinsvermögen bestand ein schon früher von Pfarrer Peter Flury angelegter Unterstützungsfonds von Fr. 4000.-. Ein an die Prättigauer Bevölkerung gerichteter Aufruf brachte weitere Beiträge von mehreren tausend Franken ein, und zwei grosse Bazarunternehmungen in Schiers ergaben einen Reingewinn von je Fr. 6000.-.

Nach seinem 25jährigen Bestehen übernahm der Krankenverein 1906 das Schierser Spital. Andreas Lietha (26) erwähnt in seiner Rede zum 25jährigen Jubiläum des Vereins, "dass die Prättigauer Gemeinden unterem 8. Juli (1906) die ihnen nach Verhältnis der Einwohnerzahl, des Gemeinde- und Privatvermögens sowie der Zahl der Spitalverpflegten vorgeschlagenen Beiträge von zusammen Fr. 50'000.- einstimmig zu leisten beschlossen haben, sodass nunmehr ein Vereinsfonds vorhanden ist, der die Uebernahme und den Betrieb des Spitals durch die Organe des Vereins möglich macht".

Seit 1907 wurden mit Hilfe der Gemeinden und staatlicher Subventionen wie auch privater Zuwendungen Um- und Neubauten erstellt und dadurch die Führung und Instandhaltung des Schierser Spitals bis auf den heutigen Tag gesichert. 1954

errichtete der Prättigauer Spitalverein mit den 16 Talgemeinden des Prättigaus eine selbständige evangelische Stiftung unter dem Namen "Flury-Stiftung Prättigauer Krankenhaus Schiers", die sich bis heute gehalten hat. Die Urkunde (27) besagt:

- "1. Sitz der Stiftung ist Schiers. Aufsichtsbehörde ist der Kleine Rat des Kantons Graubünden.
 2. Zweck der Stiftung: Das Prättigauer Krankenhaus ist eine gemeinnützige Anstalt, bestimmt zur ärztlichen Behandlung, Aufnahme und Verpflegung Kranker, wobei die Taleinwohner des Prättigaus bei der Aufnahme den Vorzug erhalten. Versorgungsfälle sollen ausgeschlossen sein.
- Durch die Beteiligung sämtlicher Talgemeinden an dieser Stiftung werden der Betrieb und die notwendigen baulichen Erneuerungen des Prättigauer Krankenhauses ermöglicht..."

Heute zählt das Spital 74 Betten und besitzt eine Allgemein-chirurgische und eine Internmedizinische Abteilung mit je einem Chefarzt (seit 1965 Dr. med. Peter Boesch, Chirurgie; seit 1969 Dr. med. Urs Wülser, Innere Medizin). Ein dem Spital angegliedertes Pflegeheim mit 40 Betten für chronisch-krankte Patienten ist im Bau.

Daten aus dem Leben Andreas Flurys im Vergleich zur allge-
meinen Medizingeschichte

- | | |
|---|--|
| 1853 Andreas Flury in Schiers ge-
boren | 1846 Einführung der Aethernarkose
durch William Thomas Green
Morton und John Collins Warren |
| 1873 Maturität in Stuttgart | 1867 Ankündigung des "antiseptischen
Prinzips" durch Joseph Lister |
| 1879 Staatsexamen in Zürich | |
| 1880 Flury als erster Arzt in
Schiers | |
| 1881 Eröffnung des Spitals | 1881 Erste Magenkrebsoperation
durch Theodor Billroth |
| | 1882 Entdeckung des Tuberkelbazil-
lus durch Robert Koch |
| | 1884 Einführung der Lokalanästhesie
mit Kokain durch Carl Koller |
| 1885 Heirat mit Anna Gujer | 1885 Erste Tollwutschutzimpfung
durch Louis Pasteur |
| 1892 "Die Krankenpflege im Hause" | 1895 Wilhelm Conrad Röntgen ent-
deckt die Röntgenstrahlen |
| 1900 Bezug des "Flury-Hauses" | 1901 Karl Landsteiner entdeckt die
Blutgruppen |
| 1903 "Leitfaden zum hygienischen
Unterricht", "Ueber Kleidung" | |
| 1904 Einrichtung eines Operations-
zimmers im Spital | |
| 1906 Uebergabe des Spitals an den
Prättigauer Krankenverein | |
| 1909 "Zur Alkoholfrage" | |
| 1914 Einrichtung eines Röntgenzim-
mers | 1921 Entdeckung des Insulins durch
Frederick Banting und Charles
Best |
| 1926 Rücktritt als Spitalarzt | 1929 Alexander Fleming beobachtet
die wachstumshemmende Wirkung
von Schimmelpilzen auf Staphy-
lokokkenkulturen |
| 1931 Tod seiner Frau | |
| 1932 "Tuberkulose-Bekämpfung" | |
| 1938 Tod Andreas Flurys in Schiers | |

Quellenhinweise und Anmerkungen zum geschichtlichen Teil

- (24) Sprecher, Ferdinand, 50 Jahre Prättigauer Krankenhaus und Krankenverein 1881-1931, Schiers 1931.
- (25) Jahresbericht pro 1902 des Prättigauer Krankenvereins, Schiers 1903.
- (26) Lietha, Andreas (1823-1916), Lehrer und Gründer einer Grosshandelsfirma in Grüşch (Kt. Graubünden).
- (27) Stiftungsurkunde. Flury-Stiftung Prättigauer Krankenhaus Schiers. Notariat Schiers 1954.

4. SCHRIFTEN ANDREAS FLURYS

a) Vorträge

Die Vorträge, die Andreas Flury an Jahresversammlungen des Prättigauer Krankenvereins gehalten hat, sind in dessen Jahresberichten abgedruckt worden.

Die Krankenpflege im Hause (1892)

Dieser älteste uns bekannte Vortrag, gehalten an der Jahresversammlung 1892 des Prättigauer Krankenvereins in Küblis, ist der längste und ausführlichste. Er befasst sich mit Aufgaben der häuslichen Krankenpflege, wie sie für uns nicht mehr besonders aktuell sind. Dies mag einerseits daran liegen, dass wir heute durch die fortgeschrittene Technik und Weiterentwicklung in der Medizin ganz anderen Aufgaben im Umgang mit Patienten gegenüberstehen, andererseits aber auch an der Tatsache, dass es heute bessere Möglichkeiten zur Hospitalisation gibt, ja, dass es fast üblich geworden ist, pflegebedürftige Kranke - ausgenommen gewöhnliche Grippe und gewisse Kinderkrankheiten - in ein Spital einzuweisen.

Doch bleibt dieser Aufsatz wertvoll, da er über Wohnverhältnisse und Brauchtum in einem Berggebiet um die Jahrhundertwende Aufschluss gibt. Der Vortrag berichtet über - für uns selbstverständliche - Alltäglichkeiten wie Reinhaltung und Lüftung des Krankenzimmers, über das Krankenbett und seine Ausstattung, über die Technik des Entkleidens und Waschens des Patienten usw. Darüber hinaus erfahren wir Eindrückliches über damalige Wohnsitten und Krankheiten:

"Welchem gewaltigen Unterschied begegnet man im Leben in den verschiedenen Häusern und Krankenstuben... Mancherorts wohnt ein recht grosser Theil im Uebrigen ganz aufrechter Familien sehr schlecht. Haus kann man das Ding oft

nur deshalb nennen, weil thatsächlich Menschen darin schlafen und essen. Auch sonst, wo es nicht eben an Raum fehlt, entfalten so oft Unreinlichkeit, Mangel an Ordnungssinn, das Sichgehenlassen ihr schlimmes Unwesen... Vor dem Bett siehts oft genug auch nicht schön aus, es ist schlüpfrig von den verschiedenen Hustenprodukten, oder ein Haufen Sägemehl liegt gerade da, wo man sich an das Bett postiren muss... Der fiebernde Kleine liegt ganz unsinnig dick angekleidet mit Strümpfen und Schühlein in seinem Bett unter der Federmasse in der heissen Stube, und sieht man die Haut an, muss man nicht gleich an Scharlachflecken denken... Den ganzen Winter werden sie nicht aus der Thüre gelassen, Speck um den Hals, Stuppe darauf, Schmalzblätz auf die Brust, gekochte und geschmalzene Camillen auf den Leib, Fetzen auf Fetzen um den Leib, den Rock darüber..."

Viele schwerwiegende Krankheiten seien nicht zuletzt auf diese ungünstigen Lebensverhältnisse zurückzuführen. Die Tauglichkeitsziffer bei den militärischen Musterungen ("die für ein Thal wie's Prättigau eine auffallende ist") widerlege die Tatsache nicht, "dass man vielerorts zu Berg und Thal so viele unterwachsene Kinder sieht mit der sogenannten englischen Krankheit, schiefe, unförmlich grossem Kopf, krummen Beinen oder doch aufgetriebenen Gelenken, schwammigem Fett und Fleisch, verbogenen Rippen und verunstaltetem Brustkorb, so viele junge und alte Scrophulöse mit diesen kranken Augen, so viele mit Ruden [Räude] und Würmern, ja so viele junge und alte Tuberkulöse mit Knocheneiterungen oder Lungenschwindsucht oder sonstigen Erscheinungen der Tuberkulose..."

Gerade diese Krankheiten finde man sonst vorwiegend in ungesunden Gegenden, schlechten Stadtquartieren und unter der Fabrikbevölkerung. Die Vorbeugung beginne bei der häuslichen Hygiene und sorgfältigen Lebensführung.

Ein letztes Kapitel widmet Flury der Anwendung von Mixturen, Pillen und Umschlägen. Die Art und Zeit ihrer Verabreichung

werde stets vom Arzt verordnet.

Abschliessend weist er darauf hin, dass viel vom Pfleger und vom Arzt gefordert werde an Wissen, Können, Wollen, Ausdauer, Geduld, Charakter, Tugend und Fähigkeit. Die Summe unserer Lehre und Pflege aber finde sich dort, wo geschrieben stehe: "Der Samariter hat das Gesetz Christi erfüllend des andern Last getragen."

Ueber Kleidung (1904)

Im zweiten uns überlieferten und abgedruckten Vortrag, gehalten im Oktober 1904 anlässlich der Jahresversammlung des Prättigauer Krankenvereins in Schiers, begegnet uns Flury als Aufklärer und Lehrer seines Volkes. Gefühlsmässig gefärbte, fanatisch anmutende Kampfrufe, wie wir sie später in seiner Arbeit über die "Alkoholfrage" treffen, fehlen hier gänzlich. Klar gegliederter Aufbau und sachliche Angaben kennzeichnen die Darstellung.

Als Aufgabe und Sinn der Kleidung nennt Flury "Herabsetzen des Wärmeverlustes", "Ermöglichung der Ausdünstung" und "Schutz vor direkter Sonnenbestrahlung". Dies geschehe am zweckmässigsten mittels einer Lufthülle, die den Körper umgebe und durch verschiedene Kleiderschichten aus verschiedenartigen Materialien erreicht werde. Vor- und Nachteile von Wolle, Baumwolle, Leinen und Seide werden sorgfältig und ausführlich besprochen:

"Baumwollstoffe ... sind verhältnismässig wenig Wasser anziehend, nehmen nur soviel Wasser auf, als ihr Eigengewicht beträgt, benetzen sich schnell, verlieren dann ihre Elastizität, verdunsten das Wasser relativ schnell... Leinen verhält sich ähnlich, wird jedoch schneller nass und trocken. Wollstoff ... bleibt auch im feuchten Zustand elastisch und hat auch dann noch zahlreiche mit Luft gefüllte Poren... Wolle ist im Allgemeinen zum Schutz vor Frost, plötzlicher Abkühlung, Durchnässung vorzuziehen...

Wolle hat auch ihre Nachteile. Mit Wolle kann man sich leicht verwöhnen. Dichte Wollstoffe begünstigen schwächen- des Schwitzen... Auch gibt es Leute, die vom Wolletragen Hautausschläge bekommen... Baumwollene und leinene Unter- kleider sind zweckmässig... Die Leichtigkeit und der öfte- re Wechsel sind angenehm."

Nasse Kleider seien durch den Verlust des Porenvolumens bes- sere Wärmeleiter. Sie führen dadurch zu einer Abnahme der Kör- perwärme und "begünstigen mehr das Entstehen von Rheumatis- mus und Erkältungen". Flury betont auch, dass es keine Uni- versalkleidung gebe; richtige Kleidung sei abhängig von Jahres- zeit, Witterung, Gesundheitszustand und Beschäftigung. Nicht zu vergessen seien die Schädigungen, die einzelne Kleidungs- stücke hervorrufen können. Es ist ein Genuss, dem Schierser Doktor zuzuhören:

"Zur Kopfbedeckung wäre zu bemerken, dass eine schwere Hül- le neben der Druckempfindung Schwindel und Kopfschmerzen verursacht und den Haarausfall begünstigt durch Verhinde- rung des Durchgangs der Luft und der Ausdünstung der Kopf- haut. Man sieht in dieser Beziehung bis in den Sommer hinein bei Buben öfter merkwürdige Stücke, die höchst wahrschein- lich ähnliche Folgen haben, wie die Verweichlichung durch das Halstuchtragen.

Der Hals darf nicht zu eng umschlossen werden. Die Atmung wird dadurch beeinträchtigt und die Blutzirkulation ge- hemmt, besonders der Rückfluss des Blutes aus dem Kopf, was Schwindel, Ohrensausen, Funkensehen, Kopfschmerzen zur Folge hat.

Befestigung von Beinkleidern etc durch zu enge Riemen stört leicht Magen- und Darmtätigkeit, wird auch besonders bei unzweckmässigem Gebrauch als Ursache von Unterleibsbrüchen beschuldigt.

Enge Strumpfbänder hemmen den Rückfluss des Blutes aus Fuss und Unterschenkel und begünstigen das Zustandekommen der Krampfadern und damit der übel berüchtigten Unterschenkel- geschwüre.

Grösseren Schaden richtet aber immer noch die Einschnürung

durch das Korset an, bei Mädchen und Erwachsenen. Auch wenn man die Macht der Sitte anerkennt, lässt sich die Korsetfrage nicht ohne etwelchen Hohn erörtern. Lächerlich, um nicht mehr zu sagen, ist es, wenn ein mageres Körperchen in ein weites Futteral gesteckt wird und unter und unmittelbar über diesem Futteral Wäschestücke hängen, die Ersatz dringend nötig hätten. Schädlich wirkt die Einengung um so stärker, je früher sie geübt wird; das anfänglich wohl loser liegende Kleidungsstück wird sachte immer enger. Einschnürung hemmt die Athmungsbewegungen in unschwer zu beweisendem Masse und macht leicht blutarm und begünstigt Lungenerkrankungen; dazu kommen Störungen der Blutzirkulation. Durch den mechanischen Druck werden auch öfter Belästigung und Verschiebung von Bruchorganen veranlasst. Sehr verhängnisvoll ist ferner die Anwendung des Korsets, um sogenannte hohe Schultern und krummen Rücken gerade zu machen... Noch häufiger, wenn auch gesundheitlich weniger schwerwiegend sind die Folgen ungesunden Schuhwerks. Hohe Absätze erschweren das Gehen und Stehen und veranlassen rasche Ermüdung durch die unnatürliche Fussbelastung und Stellung. Enge und spitze Schuhe verursachen kleinere, doch recht störende Schäden: Verkrümmung und Ueber-einanderlagerung von Zehen, Einwachsen des Grosszehen-Nagels; zu schweigen von Schwielen und Hühneraugen..."

Die ganze Kleiderfrage könne natürlich nicht radikal gelöst werden. Sie werde aber in hohem Masse dadurch vereinfacht, dass man sich unabhängig von ihr mache. Dies habe durch Abhärtung des Organismus gegen die Einflüsse der Witterung zu geschehen, was auch der Erwachsene zustande bringe, "der die zweite Hälfte der Lebensdauer längst angetreten hat".

Zur Alkoholfrage (1908)

Der letzte gedruckte Vortrag, gehalten an der Jahresversammlung des Prättigauer Krankenvereins 1909 in Jenaz, erscheint uns volkstümlicher und gefühlsbetonter als die beiden vorigen. Der 56jährige Schierser Arzt will darin den Leuten ins Gewissen reden.

Nach einer polternden Einführung berichtet er, dass die Gesamtausgaben für Alkohol in der Schweiz im Jahre 1900 330 Millionen Franken betrugen. Die Beliebtheit des Alkohols sei seiner "munter und witzig machenden und Behagen weckenden" Wirkung zuzuschreiben. Hinzu komme, dass er die Sorgen vertreibe und das Gewissen dämpfe.

"Die Menschen trinken, weil andere trinken. Hat man sich aber einmal ans Trinken gewöhnt, so ist an Gründen zum Weitertrinken kein Mangel. Die Menschen trinken, wenn sie Abschied nehmen. Sie trinken, wenn sie hungrig sind, um den Hunger zu betäuben, wenn sie satt sind, um den Appetit anzuregen. Sie trinken, wenn's kalt ist, zur Erwärmung, wenn's warm ist, zur Abkühlung. Sie trinken, wenn sie schläfrig sind, um sich wach zu halten, wenn sie schlaflos sind, um einzuschlafen. Sie trinken, wenn sie lustig sind, sie trinken, weil sie traurig sind. Sie trinken, weil einer getauft wird, sie trinken, weil einer beerdigt wird, sie trinken, sie trinken..."

Die eigentlichen Wirkungen des Alkohols aber seien der "schwächende Einfluss auf geistige und körperliche Arbeit", die Urteilsverminderung und Kritiklosigkeit ("mehr Worte, weniger Inhalt"), die Lähmung der Muskulatur und ein gesteigertes Wärmegefühl, das für die leichtere Auskühlung des Organismus verantwortlich sei. "Deshalb hat Nansen mit Absicht im höchsten Norden in Nässe und Frost ohne Alkohol gelebt."

Ein Trinker wird folgendermassen beschrieben:

"Trinker ist jeder, bei dem eine Dauerwirkung des Alkohols

nachzuweisen ist, bei dem also die Nachwirkung einer Alkoholgabe noch nicht verschwunden ist, wenn die nächste einsetzt."

Diese Erkenntnis müsse nun endlich "die Macht des Alkohols bodigen".

In drei Punkten sieht Flury die Möglichkeit, einen wesentlichen Beitrag zur Bekämpfung des Alkoholismus zu leisten:

1. In der aktiven Sorge um die Trinker, im Sinne einer effektiven Fürsorge, "dass die Nicht-Trinker nicht nur die Gau-mer der Trinker bleiben".
2. In der Einsicht, dass für gute Stimmung und Unterhaltung nicht unbedingt Alkohol nötig ist.
3. Im Bewusstsein über die gesundheitsschädigende Wirkung auch durch kleinste, regelmässige Alkoholmengen.

Aus einer Notiz, die Flury dem Manuskript dieses Vortrages beigeheftet hat, erfahren wir, dass er denselben mehrmals öffentlich gehalten hat: 1912 in Schiers, 1914 in Klosters, 1916 in Tamins und 1918 in Maienfeld.

Im handschriftlichen Nachlass Flurys befinden sich zwei weitere Vorträge: "Medizin im Mittelalter" (1925) und "Tuberkulose-Bekämpfung" (1932).

Medizin im Mittelalter (1925)

An der Generalversammlung des Prättigauer Krankenvereins im September 1925 hielt Flury seinen Vortrag über Medizin im Mittelalter. Als Quelle dienten ihm medizinhistorische Werke von Conrad Brunner und Konrad Meyer-Ahrens (siehe im Literatur-

verzeichnis). In der Lokalzeitung vom 19. September 1925 wurde der Wunsch geäußert, Flury möchte seine Arbeit als Feuilleton veröffentlichen. Dazu konnte sich der 72jährige Arzt allerdings nicht entschliessen. Daher besitzen wir lediglich die handgeschriebene Vorlage.

In zwanzig zum Teil ganz kurzen Kapiteln wird in unterhalt-samer Art über das mittelalterliche Medizinalwesen berichtet. Der erste Abschnitt, "Mönchsmedizin und Kirche", enthält Angaben über medizinische Literatur in Klosterbibliotheken und erzählt von der Mönchspraxis, von Uroskopie (Harnschau), Kräuterkunde, Bädern, Diätetik und Aderlass. Einige kurze Abschnitte widmet er den verschiedenen Heilkünstlern. Es sind Scherer, Bader, Quacksalber, Wundärzte und Judenärzte.

Zur Geburtshilfe bemerkt er, dass sie ausschliesslich von Hebammen und "dieser Kunst kundigen Frauen" geleistet wurde. Nur die Sectio caesarea in mortua (der Kaiserschnitt an der Toten) war Aufgabe des Chirurgen. Diese Operation wurde im Mittelalter wiederaufgenommen und zuerst im Bodenseegebiet ausgeführt. "Zur Welt gefördert wurde auf diese Weise Burchard, Graf von Linzgau, später Abt des Klosters St.Gallen (959)."

Weitere Kapitel behandeln die Gründung des Apothekerstandes, der Sanitätspolizei und der Tiermedizin. Nicht verschwiegen wird die Grausamkeit, mit der Geisteskranke misshandelt und verjagt worden sind.

Mit dieser medizingeschichtlichen Arbeit hat Flury seine Vortragsreihe im Rahmen der Jahresversammlungen des Prättigauer Spitalvereins abgeschlossen. Ein Jahr später trat er von seinem Amt als Spitalarzt zurück und besorgte in den folgenden zwölf Jahren nur noch eine allmählich abnehmende Landpraxis.

Tuberkulose-Bekämpfung (1932)

Aus dem Jahre 1932 stammen die vierzehn handgeschriebenen Blätter mit dem Titel "Tuberkulose-Bekämpfung, Propaganda mit Lichtbildern und Vorträgen". Es ist nicht bekannt, wann und wo Flury über dieses Thema gesprochen hat. Allein die Tatsache, dass dieser Vortrag vorhanden ist, beweist wiederum Flurys soziale Haltung: Aufklärung des Volkes über Krankheit und deren Verhütungsmöglichkeiten sind ihm ein echtes Anliegen.

Der Vortrag beginnt mit einem knappen geschichtlichen Abriss über die Tuberkulose als jahrtausendealte, weltweite Krankheit. Es folgen bakteriologische Erläuterungen über die Eigenschaften des Erregers, den Infektionsweg und die Inkubationszeit.

Ausführlich wird die Lungentuberkulose besprochen, da sie besonders häufig war. Auch erfahren wir, wie sich von ihr aus die Miliartuberkulose entwickeln kann, "die Ueberschüttung des Körpers mit Infektstoff".

Als vorbeugende Massnahmen nennt er vor allem die allgemeine Hygiene und einige besondere Vorkehrungen wie das Abkochen verdächtiger Lebensmittel, die Isolierung verdächtiger oder sicher infizierter Personen. Eine Früherfassung sei unter Umständen mit Hilfe der Röntgendurchleuchtung möglich, sicherer jedoch sei die Moroprobe. "Diese Methode der Untersuchung dient zur Feststellung, Auslese der Gefährdeten, nicht der nur Bedrohten." Besonders betont er die Schwierigkeit der Diagnostik. Abschliessend nennt er die Bestimmungen aus dem Bundesgesetz gegen die Tuberkulose vom 3. Juni 1928.

Der Vortrag ist nie im Druck erschienen. Er wird im Anhang der vorliegenden Arbeit veröffentlicht.

b) Mitteilungen im "Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte"
(1884/85)

Dreimal veröffentlichte Flury im "Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte" Berichte über medizinische Kuriositäten und Besonderheiten aus seiner Praxis.

1884 erschien die Notiz über einen etwas ausgefallenen Fremdkörper und dessen Entfernung aus dem Rectum eines 23jährigen Kuhhirten.

"Die Entbindung ging schliesslich manuell mit Hülfe von Spateln und Löffelstielen glücklich von Statten. Zu unserem gerechten Erstaunen schlüpfte eine Herdenglocke heraus. Die Glocke wiegt 170 grm., ist von Guss, hat kegelförmige Gestalt mit ovalem Querschnitt. Der grössere Durchmesser der Oeffnung beträgt $6\frac{1}{2}$, der kleinere $5\frac{2}{10}$ cm. Die Höhe beläuft sich mit Inbegriff des 7 mm langen Fortsatzes zur Anbringung des Halsriemens auf $8\frac{2}{10}$ cm. Wenn ich diese schwere, dickwandige, massige Glocke so betrachte, beschleicht mich ein Gefühl der Bewunderung für den gedulden Träger derselben."

Der genannte Kuhhirt soll vorher während neun Monaten an einem "schweren und dunklen Unterleibsleiden darnieder gelegen sein".

Ein Jahr später veröffentlichte Flury im 15. Band des "Correspondenz-Blattes" eine weitere Kuriosität. Es handelt sich um eine 74jährige Patientin, die infolge eines selbstverfertigten, 32 Jahre lang getragenen Pessars an "übelriechendem Ausfluss und Schmerzanfällen" litt. Ueber die Herstellung solcher handgemachter Pessare hat Flury folgendes erfahren:

"Diese selbstverfertigten Pessarien kennen zu lernen, hatte ich schon früher Gelegenheit. Zum ersten Mal war dies in P. der Fall. Eine 78jährige Frau half sich dort seit Decennien mit solchen Ringen und zeigte mir ein frisch verfertigtes Exemplar, das in seiner Form die Mitte hielt zwischen einem Meyer'schen und Hodge'schen Pessar. Ein zähes,

biegsames Stück Gerte (grüner Zweig) wird einfach ringförmig gebogen und dann so oft abwechselnd in flüssiges Bienenwachs getaucht und mit Werg umwickelt, bis es die nöthige Grösse hat."

Im gleichen Band finden wir einen Beitrag zur "Casuistik der Fleischvergiftung". Anamnese, Symptomatologie und Krankheitsverlauf von 18 Patienten aus Flurys Praxis liefern die Diskussionsgrundlage über einige gleichartige Erkrankungsfälle, deren Ursachen unklar sind, die von Flury jedoch als typische Fleischvergiftungen bezeichnet werden. Die 18 Krankengeschichten zeigen folgende Gemeinsamkeit der Symptome:

"Es beginnt mit der Schlundlähmung; daran schliessen sich Ptosis, Pupillenlähmung, Sehstörungen, Parese der Augenmuskeln, Trockenheit in Mund und Rachen mit folgenden entzündlichen Erscheinungen des Rachens und Gaumens, Entzündung des Larynx und zwar sicherlich nicht etwa die Folge von mechanischer Läsion, Glottisparese, von Seiten der Blase Reizungs- und Lähmungserscheinungen, von Seiten des Darms Verstopfung. Dabei allgemeine Muskelschwäche. Fast immer handelte es sich um Leute in ganz dürftigen Verhältnissen, um arme Tagelöhner, Bettler, Kesselflicker, Lumpensammler."

Die Annahme, es könnte sich um eine Abart von Diphtherie gehandelt haben, widerlegt Flury folgendermassen:

"Es müssten demnach alle Fälle sein von primärem Auftreten der constitutionellen Symptome mit fehlender (und vielleicht secundärer) Rachenaffection... Sonstige Zeichen von Diphtherie fehlten, es bestand nie Fieber, im Urin fand sich kein Eiweiss, die Lähmungen betrafen stets die gleichen Nerven, nie die Extremitäten."

Auch mit Trichinose konnte das Erkrankungsbild nicht übereinstimmen, denn "Schmerz und Spannung in den Flexoren der Extremitäten und in den Kaumuskeln fehlten, Oedeme und Schweisse traten nie auf."

Aus der Berliner Klinischen Wochenschrift 1884 (Nr. 11) er-

wähnt Flury einen "sehr interessanten Bericht über 7 Fälle von Vergiftungen durch frisch präparierte Fische, dessen Krankheitsgeschichten so ziemlich Punkt für Punkt mit den obigen übereinstimmen." Er betont auch, dass das Bild der Wurstvergiftung mit dem der Fleischvergiftung "gänzlich zusammenfalle". So kommt er zum Schluss, dass der Befund allein die Diagnose der typischen Fleischvergiftung zulasse.

Es mag auffallen, dass Flury nur in den Jahren 1884/85 Beiträge im "Correspondenz-Blatt" veröffentlicht hat. Wir wissen nicht, ob er neben seiner zunehmenden Praxistätigkeit für solche Mitteilungen keine Zeit mehr fand oder ob er aus persönlichen Gründen von weiteren Einsendungen absah.

c) Leitfaden zum hygienischen Unterricht für Seminaristen
der Lehranstalt Schiers (1903)

Dieses 1903 in Schiers als Manuskript gedruckte Taschenbuch von etwa 100 Seiten diente den Seminaristen der Evangelischen Lehranstalt für das Fach Hygiene. Der "Leitfaden" gibt Auskunft über Ernährungsphysiologie, Umweltverschmutzung, Kinderkrankheiten, sozialmedizinische Fragen in bezug auf Wohnung, Schulhaus, Schulzimmer, deren Heizung, Belüftung, Beleuchtung und Standort.

Das erste Kapitel "Ernährung" unterrichtet über die Grundnahrungsmittel, die Mineralstoffe und Genussmittel; es klärt auf über Bedarf und Kostenberechnung. Der Abschnitt über "Kleidung" entspricht fast wörtlich dem gleichnamigen, 1906 im Druck erschienenen Vortrag, der weiter oben besprochen wurde. Es folgen Abschnitte über "Luft und Sonne", "Wasser", "Boden", "Wohnung" und "Schulhygiene". Den Schluss des Büchleins bildet das Kapitel "Krankheiten und Gebrechen":

"Schwerhörige finden sich in kleiner Zahl wohl stets unter den Anfängern... Schwerhörige Kinder werden unachtsam und zerstreut; die Entwicklung der Sprache leidet sehr unter dem Gebrechen... Ab und zu wird der Lehrer unter den Schülern solche finden, bei denen, ohne geistig schwach veranlagt zu sein, das Gesicht leicht einen etwas stumpfen, müden Gesichtsausdruck annimmt und die mit stets offenem Munde atmen. Das rührt häufig her von Vergrößerung der Rachenmandel."

Die Begriffe "Stammeln" und "Stottern" werden sorgfältig - nach damaligem Wissen und Irrtum - unterschieden: "Stammeln ist ein Fehler der Aussprache", während das Stottern durch Krämpfe entsteht, "die die Muskeln der Artikulationsorgane, d.h. der Lippen, der Zunge, des Rachens, der Stimmbildung und ferner der Atmungsmuskeln betreffen".

Auch für häufiges Nasenbluten findet sich eine recht unerwartete Erklärung: "Die Schule kann das Nasenbluten begünstigen dadurch, dass geistige Anstrengung... den Blutzufluss zum Kopf steigert."

Die Zahn- und Mundpflege hat offensichtlich schon damals zu Bedenken Anlass gegeben, da Flury betont: "Ein unversehrtes Gebiss bei einem Schulkind ist die Ausnahme".

Einmal mehr können wir etwas von sozialen Missständen erahnen, wenn wir lesen, dass Kinder mit epileptischen Anfällen (es muss sich um Grand-Mal-Anfälle handeln) von der Schule auszuschliessen seien. Hingegen betont Flury, dass es auch epileptische Anfälle ohne Muskelkrämpfe gebe und dass diese "weit weniger Aufsehen erregen". (Gemeint sind hier wahrscheinlich die sogenannten Absences.)

Zu den wichtigsten Infektionskrankheiten zählt Flury - in der wiedergegebenen Reihenfolge -: Masern, Scharlach, Windpocken, Pocken, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, Typhus, Ruhr und Tuberkulose. Ihre Inkubationszeiten, die Ansteckungsdauer und der "Ansteckungsstoff" werden ausführlich beschrieben. Als "Ansteckungsstoff" bei den exanthemartigen Erkrankungen nennt Flury "Hautabschilferungen"; beim Mumps sei es der "Mundschleim", bei Typhus und Ruhr "die Entleerungen und was damit verunreinigt wird". Mit Tuberkulose könne man sich anstecken "1) durch Einathmen vertrockneten Auswurfs resp. feinsten Teilchen des direkten Auswurfs, 2) durch Milch und Fleisch der Nahrung, 3) durch Haut- und Schleimhautverletzungen, unter Vermittlung unreiner Hände, besonders bei Kindern. Meist erkranken die Lungen." Flury gehörte der Zeit an, die annahm, dass alle Infektionskrankheiten von "Bazillen" herrühren, wie es Pasteur und Koch für einige Erkrankungen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts nachgewiesen hatten. Von Viren wusste man damals noch nichts.

Das Büchlein schliesst mit Gedanken über eine geordnete Le-

bensführung: "Der Wechsel zwischen Tätigkeit und Erholung... ist ein gesetzmässiges Lebensbedürfnis." Zu einem gesunden Leben gehören also tägliche Körperarbeit wie auch geistige Arbeit, gefolgt von mindestens sechs Stunden Schlaf. Als Moralist beschliesst Flury sein Lehrmittel mit dem Satz: "Zu lange im Bett zu liegen... weckt bei zu jungen Leuten die sittlichen Gefahren der trägen Langeweile."

d) Struma-Statistik (1909)

Am 9. Oktober 1909 erschien in der Lokalzeitung "Der freie Rätier" (42. Jg.) eine kurze Notiz über die Forschungsarbeit zweier Aerzte (Dr. Théodore-Henri Vannod und Dr. Victor de Mestral) auf dem Gebiet der Kropfentstehung. Dies mag Flury veranlasst haben, im selben Jahr 283 Schulkinder der Schier-ser Wohnbevölkerung auf Struma zu untersuchen. Das Ergebnis stellte er in einem Brief an die genannten Aerzte zusammen. Eine Kopie dieses Schreibens ist uns erhalten geblieben.

Für eine möglichst genaue Erfassung der palpatorischen Befunde hielt sich Flury an folgende Einteilung:

- "1) Schwellung: ausgesprochene, in der Regel weich elastische Volumenzunahmen, die sich über die ganze Drüse erstreckt. In einer kleinen Zahl derbe Consistenz bei meist bedeutendem Umfang. Nur einseitige "Schwellung" kam so zu sagen gar nicht vor (dem Charakter des Vorgangs entsprechend).
- 2) Balg: Drüse ebenfalls in ihrer ganzen Ausdehnung zu palpieren, dem Volumen nach hinter der "Schwellung" zurückstehend, die Gewebe-Resistenz mehr fleischig zäh zu merken als polsterartig.
Zu den meisten dieser Fälle war die Volumenzunahme ungleichmässiger verteilt als bei 1).
Die als "leichter Balg" verzeichnete Unterabtheilung wurde nicht zu den positiven Befunden gerechnet.
- 3) Knoten: Ganz kleine Knoten, ohne Combination mit 1), oder mit (in obigem Sinne) 2), wurden nicht, respektive als negativer Befund bezeichnet; grössere von ca. Kleinfingerbeer-Grösse an als positiv. Für sich allein ohne nennenswerten sonstigen Drüsenbefund kam Knotenbildung nur in 3 Fällen vor."

Eine Auswertung der Befunde nach obigem Schema ergab:

"Von den 283 Kindern hatten 128 auffallenden Befund, d.h. diffuse Schwellung oder Knoten (allein oder mit Schwellung

oder Balg) oder stärkere Balgbildung und zwar:

Knaben	a) Schwellung oder Knoten oder beides zusammen oder Balg mit Knoten	41
	b) Stärkere Balgbildung allein	13
Mädchen	a) Schwellung oder Knoten oder beides zusammen oder Balg mit Knoten	56
	b) Stärkere Balgbildung allein	18 "

Aus dieser kurzen Zusammenstellung ergibt sich eine Zahl von 45 % positiver Schilddrüsenbefunde bei 283 Schulkindern aus Schiers und Umgebung im Jahre 1909.

e) Tetanusfälle im Prättigau zwischen 1880 und 1928

1929 veröffentlichte Rudolf Campell (1) eine Arbeit über "Tetanusprophylaxe in der Praxis, mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse im Kanton Graubünden" (2). Campell versuchte festzustellen, in welchen Talschaften in den letzten 30 Jahren Tetanusfälle vorgekommen seien. Er kam zu folgendem Schluss: Während das Hauptgebiet des Kantons tetanusfeindlich war, zeigten die Gegenden von Thusis, Ilanz, Chur, Bündner Herrschaft und besonders das vordere Prättigau ein vermehrtes Auftreten von Tetanusfällen.

"Dies ergab sich besonders aus den Angaben von Dr. Flury, Schiers, der über 10 Fälle von Starrkrampf beim Menschen berichten konnte." (3)

Tatsächlich existiert von der Hand Flurys eine Zusammenstellung über zehn Tetanusfälle, datiert aus dem Jahre 1929. Von den zehn infizierten Personen wurden drei geheilt; sieben starben an den Folgen des Starrkrampfs. Fünf Patienten erkrankten nach Schnitt- und Schürfwunden, drei nach Schusswunden, und einmal finden wir als Infektionsursache "Hufschlag ins Gesicht". Die beiden ersten Fälle datieren aus der Zeit vor 1898. Die Betroffenen starben ohne Behandlung. Zwei der genesenen Patienten erhielten ebenfalls keine spezifische Therapie. Alle übrigen Fälle wurden mit Tetanus-Serum behandelt.

Flurys Zusammenstellung schliesst mit dem Therapie-Vorschlag:

"Unter allen Umständen würde ich spritzen bei Hufschlagwunden und fetzigen, unübersichtlichen, erdig oder mistig verunreinigten Verletzungen - von übrigen Verletzungen am ehesten bei Schüssen."

Diese Grundregel gilt weitgehend auch heute noch für die Tetanusprophylaxe in der täglichen Praxis.

(1) Campell, Rudolf (geb. 1893), 1922-1965 Chirurg in Pontresina.

(2) In: SMW 32 (1929), S. 813-818.

(3) Aus einem Brief von Rudolf Campell an Hansrudolf Brunner, 28.12.1978.

5. KRANKENGESCHICHTEN

a) Die Krankengeschichten

Krankengeschichten sind persönliche Aufzeichnungen eines Arztes über seine Patienten, ihre Krankheiten und deren Behandlung. Es sind immer private Dokumente, und sie haben den gleichen Anspruch auf Geheimhaltung wie ein Tagebuch. Daher müssen sie nie zugänglich gemacht oder gar ausgehändigt werden.

Flurys über 6700 Krankengeschichten sind uns in vier dicken Büchern, handgeschrieben und fortlaufend nummeriert, erhalten. Neben kurzgefassten Aufzeichnungen finden wir viele ausführliche Berichte über Krankheiten, deren Symptomatologie, Diagnose, Therapie und Verlauf. In der äusseren Anordnung sind sie durchwegs gleich aufgebaut: Name, Vorname, Wohnort und Alter des Patienten, Hospitalisationsdauer, Diagnose, Befunde und Verlauf der Krankheit. Medikamente werden nur selten angegeben und sind am Rand notiert. Meist findet sich am Schluss der Krankengeschichte eine Bemerkung über den Entlassungszustand des Patienten oder aber ein ausführlicher Sektionsbericht.

Es fällt auf, dass für Flury Befunde und Verlauf einer Krankheit die wichtigste Rolle spielten. Peinlich genau beschreibt er Kleinigkeiten, fügt Aeusserungen der Patienten oder differential-diagnostische Ueberlegungen in Klammern hinzu.

Aus verschiedenen Randbemerkungen geht hervor, dass er immer wieder Spezialärzte als Berater zuzog oder mit einem seiner Kollegen einen Patienten wegen unklaren Leidens zu Hause aufsuchte.

Operationsbeschreibungen und Sektionsberichte finden wir häufig. Sie zeigen immer eine auffallende Genauigkeit. Hingegen wird von den Therapien wenig gesagt. Solche Angaben sind sel-

ten und knapp. Oft waren - besonders in der Inneren Medizin - die therapeutischen Möglichkeiten gering.

In diesen Bänden begegnen wir der Sorgfalt und Beobachtungsgabe des Schierser Arztes. Das sich oft stark ändernde Schriftbild und die vielen Korrekturen zeugen von der abnehmenden Konzentrationsfähigkeit eines Mannes, der zu später Stunde, wohl bis in den frühen Morgen hinein, sich seinen Schreibarbeiten widmete.

Die folgenden dreizehn Krankengeschichten sind Beispiele aus Flurys medizinischem Alltag. Die Auswahl wird dem Gesamtwerk in keiner Hinsicht lückenlos gerecht. So können und wollen die hier vorgelegten Beispiele niemals repräsentativ für Flurys ärztliches Wissen, Denken und Handeln sein. Es sind bloss Illustrationen - Skizzen zu einer Gesamtschau.

Bei der Uebertragung der Handschriften wurden Abkürzungen aufgelöst, Orthographie und Interpunktion dem heutigen Stand angepasst. Anführungszeichen, Klammern, Frage- und Ausrufezeichen entsprechen dem Original. Unsichere Lesart einzelner Wörter ist durch unterstreichende Punktierung kenntlich gemacht. Die Namen der Patienten wurden aus rechtsmedizinischen Gründen geändert und abgekürzt.

b) 13 Krankengeschichten

(Auswahl aus den Jahren 1897 bis 1925)

1. Patient T. H., männlich, 17jährig

27. März - 17. April 1897

Hysterie

(Diagnose von Herrn Direktor Dr. Jörger. Meine Wahrscheinlichkeitsdiagnose hatte gelaute: Neurose mit hysterischen Krämpfen.)

Nachträglich anamnestische Angaben:

Von ziemlich frühen Jahren an ziemlich viel Wein und Most als Nahrungsmittel erhalten. Vor ein paar Jahren Kohlendunstvergiftung leichten Grades.

2. Februar: Kontusion und Fissur an der linken Tibia durch Fusstritt. Starke Schmerzhaftigkeit an unscheinbarer Stelle auf Druck und Hebelbewegung und Fersenstoss; mit Schiene und steifem Verband behandelt, einen in den folgenden Tagen sich einstellenden Erguss im Gelenk (Knie) mit Jodanstrich. Gegen Verordnung besuchte Patient in der dritten Woche einzelne Stunden, ging zur Probe am 27. und dann zur "Abendunterhaltung" selbst am 28., worauf am 28. abends ein Krampfanfall eintrat, der mit kleinen Unterbrechungen die ganze Nacht währte. Patient wurde bewusstlos. Die Bulbi zeigten bei Aufheben der Lider rollende Bewegungen und ziemlich stieren Blick. Die Augen blieben geschlossen; Pupillen ziemlich weit und etwas träge auf Licht sich engend. Die Krämpfe ganz ohne die Merkmale der Eklampsie, sondern ein sich Winden und Wälzen nach Art der Hysterie. (Spuren schon am 27. abends.)

Am Morgen des 1. März dann bei klarem Bewusstsein, nachdem die Konvulsionen einem tiefen, komaähnlichen Schlaf "Platz gemacht" hatten, aus dem der Patient nur schwer zu wecken ge-

wesen. In den Anfällen Cheyne-Stokesscher Respirationstypus. Nachmittags 1. März, nachdem er mit seinem Kameraden gesprochen hatte, wieder ein Anfall mit folgendem tiefstem Schlaf und traumhaftem Erwachen und Wachzustand. Auf dem Nachttstuhl Ohnmachtsanwandlung, Blässe.

2. März: Fast stets schlafend; geweckt und befragt, sagt Patient, "er sei doch nicht recht klar".

3. März: Spontanes Erwachen am Morgen; den Tag über tief schlafend.

4. März: Munter, in den freien Zeiten durchaus nichts Nervöses in Gebaren, Reden und Aussehen. Puls 48.

5. März: Nach langem Briefschreiben abends Anfall. Puls 68.

6. März: Puls 49. Ziemlich munter, sein "altes" nervöses Kopfweh.

7. und 8. März: Nachts wenig geschlafen, auch am Tag nicht viel und dann nicht so tiefster Schlaf wie früher. Klage über Kopfweh mit "deutlichem Ausfahren" in Arme und Beine. Appetit gering.

9. März: Leichte Uebelkeit.

11. März: Das "Ausfahren in die Glieder" dauert an.

12. März: Ziemlich starke Kopfschmerzen. Tiefer Schlaf mit sich Herumwälzen - geweckt, sofort kleines Sensorium.

13. März: Nachmittags zwei Anfälle nach "Ausfahren in die Glieder".

14. März: Befinden gut. Kann jedoch nicht lange sitzen; es wird ihm schwindlig und sturm im Kopf.

15. und 16. März: Kopfweh immer noch vorhanden. Kann länger aufsitzen.

17. März: Munter.

18. März: Abends Anfall mit etwas Verwirrtheit.

19. März: Auf Befragen etwas Kopfweh; der Schlafzustand nur wenig mehr eintretend.

20. und 21. März: Je kurze Zeit ausser Bett. Sollte am 23. abreisen; doch folgten Kopfweh und wenig Schlaf nachts.

23. März: Abends schwerer Anfall von Krämpfen, wird von drei Personen - unnötigerweise - gehalten.

Vom 23. auf den 24. nicht schwerer Anfall, 24. nachmittags desgleichen. Wieder tiefer Schlaf. Puls 58.

26. März: Sensorium frei, wenn nicht tief schlafend. Abends 8-11 Uhr Krämpfe und nachts wieder.

27. März: Mehrere Anfälle von Krämpfen, und wie in den letzten Tagen zwischendurch ab und zu klar und spontan einiges sprechend. Meist aber seit Tagen tiefst ("komatös") schlafend und nicht leicht zu wecken resp. nur in halbwachen, traumhaften, schwankenden Zustand, in welchem Patient auf Initiative von Dr. Jörger schliesslich den verschiedenen Aufforderungen zum Aufsitzen und zum Reden etc. in schwerfälligster Weise (in charakteristischer Art) nachkommt. Zum Beispiel Aufsitzen bringt Patient schliesslich in zornigem Ruck fertig, das Stehen nicht. Abends 7 Uhr ins Krankenhaus gebracht, in tiefem Schlaf mit einzelnen Zuckungen. Abends $\frac{1}{2}$ 9 Uhr Anfall von Krämpfen: dreht und windet sich wuchtig herum, bohrt den Kopf in die Kissen resp. das Gesicht, schlägt auch mit dem Kopf an die Wand. Der Anfall dauert zirka eine Viertelstunde, dann lässt sich Patient wecken, öffnet müde die Augen, spricht ein paar Worte nach, trinkt Baldriantropfen und Wasser. - Nie bisher Lähmungen, Untersichlassen etc.

In der Nacht auf den 28. März und auf den 29. noch je ein Anfall, dann frei. Kopfschmerz und Eingenommenheit des Kopfes und Schwindel nehmen ab. Einmal, da Nächte vorher nicht gut geschlafen, abends eine Abreibung, die aber nicht von guter Wirkung war, zum Teil wohl, weil Patient zu diesem Zwecke vors Bett trat und sich auf die Tücher hinlegte und infolgedessen schon eine Ohnmachtsanwandlung und sehr langsame Erwärmung folgte.

Ab: In Heilung.

Anmerkung:

Der Begriff "Hysterie" als nosologische Einheit ist heute aufgegeben. Man spricht vom hysterischen Syndrom; es findet sich bei hysterischer Reaktion, hysterischer Entwicklung (einfach und neurotisch) und hysterischer Persönlichkeit. Der hysterische Charakter zeigt Konversionssymptome funktioneller Art

(Lähmungen, Hypästhesien, Hyperästhesien etc.), gestörte Verhaltensweise wie appellativ-demonstratives Benehmen mit Tendenz zur Uebertreibung und Labilität der Affekte.

Der Begriff "Neurose" meint gemeinhin die abnormen psychogenen Entwicklungen. Wir unterscheiden heute zwischen einfacher und neurotischer Entwicklung. Von einfacher Entwicklung spricht man, wenn es unter dem Druck langanhaltender Umweltbelastung zur Umstrukturierung der Persönlichkeit kommt. Bei der neurotischen Entwicklung stehen innerseelische frühkindliche Konflikte im Vordergrund. Durch Abwehrvorgänge kommt es zur Fehlhaltung und charakterlichen Einseitigkeit. (Vgl. Theodor Spoerri, Kompendium der Psychiatrie, 7. Auflage, Basel/München/New York 1975.)

2. Patient D. H., männlich, 15jährig

8. Januar - 26. März 1898

(Empyem rezidivierend)

Appendizitis

Seit Oktober der fünfte Anfall. Längstes freies Intervall drei Wochen. Starker Schmerz und Brechen resp. Brechreiz jeweils nur am ersten Tag des Anfalls. Nie Fieber. In letzter Zeit etwas Schmerz unterhalb des rechten Rippenfells aussen. Bei meiner Untersuchung mit Kollege Hitz am 6.1. nur an dem flachen und weichen Abdomen ganz leichte Empfindlichkeit bei tiefem, sachtem Druck unterhalb des Rippenrandes und ein klein-haselnussgrosser Knoten in der Fossa iliaca ohne Druckschmerz zu konstatieren. Uebrige Organe frei. Transport ohne direkte Folgen.

Am 9. nachmittags laute Klagen über Schmerz unten rechts, am 10. frühmorgens an gewöhnlicher Stelle ein kleiner, zwetschengrosser Tumor zu palpieren. Schmerz schon in der Nacht 9./10. fast ganz verschwunden. Kein Fieber und kein Erbrechen

aufgetreten. Geschwulst nimmt rasch ab, am 15. kleinfingerbeergrosse, etwas empfindlich. Am 14. auf Glyzerin-Klysma Stuhl ohne Schmerz. (Zuletzt vor acht Tagen.) Am 15. abends schmerzfrei.

Therapie: Selten Opium, Ringwickel, Diät. (Operation bei nochmaligem Rezidiv?) Dann Wärmedose plus Wickel und Jodanstrich. Auf Pulvis Liquiritiae compositus Stühle ohne Schmerz.

5.2. Tumor härter und kleiner. Patient erhält die Krankenhauskost fast ohne jede Einschränkung. In der fünften Woche Versuch des Aufstehens; das heisst, Patient wird eine halbe Stunde auf den Liegestuhl gebettet. Nach dem zweiten solchen Versuch "Rückfall", das heisst leichtes Anschwellen des kleinen Tumors und Druckempfindlichkeit.

18.2. Operation (Assistenz Dr. Hitz, Klosters). Schnitt von Spina iliaca anterior superior nach unten innen. Nach Trennung der Faszien etc. liegt sehr derbes, narbiges Gewebe vor. Der Schnitt dringt in die untere Hälfte des Tumors diesen praeparando ein. Es zeigen sich zwei Eiterflecken. Bei weiterem spaltendem Vordringen wird das Peritoneum zwischen Tumor und Spina eröffnet und auch medial vom Tumor. Der eingeführte Finger kann den Tumor ganz umhaken. Praeparando Spaltung des Tumors von der ersten Schnittfläche nach oben (durch die Mitte). Es tritt Darmwand zutage, die sich bald als Processus vermiformis mit intakter, hellglänzender Wandung erweist. Der Processus vermiformis ist von stark Federhalterdicke, läuft nach unten penisartig zu, was als Ende desselben taxiert wird. Verfolgen desselben, Lösen mit der Sonde zentralwärts. Da erweist sich plötzlich das vermeintlich zentrale Stück als Ende des Processus vermiformis und es fällt aus der Wunde ein Stück Processus vermiformis, wobei sich das vermeintliche spitze Ende als zentral abgeschnürte Stelle erweist, dessen fein auslaufende Spitze beim Durchspähen eine Oeffnung zeigt. Diese Oeffnung wurde vielleicht künstlich beim Lösen erzeugt, obschon sehr sorgfältig geschält worden war. Der unsichtbare Stumpf wird nicht weiter aufgesucht. Das entfernte Stück ohne Kotstein

und Schleimeiter, mit intakter Wandung. Eine tiefe Naht da, wo die Finger in die peritoneale Höhle einhakten. Jodoform-gazetamponade.

Es folgt Chloroformerbrechen. Fast keinerlei Störung, kein Fieber, keine peritonitische Entzündung.

2.3. Patient erhält wenig restringierende Kost. Stuhl auf Klysmen und Pulvis Liquiritiae compositus. Allgemeinbefinden gut. Wunde frisch, keine Granulation, Sekretion nicht bedeutend.

12.3. Euphorie. Wunde langsam kleiner. Jeden zweiten Tag Jodoformgazetampon, mit Collodium fixiert. Stuhl nur auf Klysmen.

19.3. Am 18. und 19. auf Lehnstuhl für kurze Zeit. Wunde so weit geschlossen, dass Tampon nicht mehr eingeht. Patient steht auf. Am 25. abends Erbrechen aus Reisefieber.

Ab: Geheilt. (Am 18.5. Nachricht: Gutes Befinden.)

Anmerkungen:

Johann Hitz (1855-1937), Arzt in Klosters.

Pulvis Liquiritiae compositus (Brustpulver, zusammengesetztes Süssholzpulver) ist eine Mischung aus Fenchel, Sennesblätter, Süssholz, Zucker und gewaschenem Schwefel. Es diene als mild wirkendes Laxans, das auch bei schwächlichen Personen und Kindern gegeben werden konnte.

Chloroform (Trichlormethan) wurde 1847 von James Young Simpson (1811-1870) in Edinburg als Inhalationsnarkotikum in die Medizin eingeführt. Weite Verbreitung fand die Chloroform-Narkose nach der berühmten "narcose à la reine" am 7. April 1853, als Königin Viktoria ihren vierten Sohn Leopold unter Chloroformnarkose gebar.

3. Patient M. K., weiblich, 38jährig

28. Februar - 8. Mai 1899

Lupus

Patientin 1892 verheiratet. Vier Geburten, keine Frühgeburten. Die beiden ersten Kinder starben an Lungenentzündung, das erste $4\frac{1}{2}$ Monate alt (hatte Crusta lactea im Gesicht), das zweite $1\frac{1}{2}$ Jahre alt. Das dritte ist gesund, $1\frac{3}{4}$ Jahre alt; das vierte desgleichen und ist drei Monate alt. Frau M. gibt an, als Kind Drüsen gehabt zu haben, ohne Eiterung, ohne Augenerkrankung. Nie Ausschlag oder Geschwüre mit Ausnahme von Krustenbildung Anno 93 auf dem behaarten Kopf obenauf, mit welchem Ausschlag ein länger dauerndes, starkes Kopfwiehe nachgelassen habe. In der Familie Tuberkulose.

Patientin sieht anämisch, zart aus. Puls gut. Lungen: ohne jedes Geräusch etc., immerhin rechts dürfte Atmung (Schall?) nicht absolut frei (wie links) sein. Urin: frei. Vor etwas länger als einem Jahr begann Geschwürsbildung auf der linken Wange, vor 5-6 Monaten die auf der Stirne und am Rücken.

1. Rechte Wange: Lupus erythematodes. Eine mehr oder weniger wallartige Geschwürslineie zieht kreisförmig mit Einbuchtung durch das rechte Ohrläppchen auf die Schläfe hinauf, durch den äusseren Lidwinkel nach vorn über die Wange herunter und unter dem Kiefer wieder herum zum Ohr. Die Geschwüre dieses Kreises sind von gelblichbraunen Borken bedeckt. Die Geschwüre sind empfindlich, gehen nicht tief; die Sonde dringt nicht ins Gewebe ein; sie sind in ihren einzelnen Exemplaren nicht gross, haben mässig stark erhabene, gerötete, wallförmige Umgebung. Unregelmässige Konturen der Haut, die von diesem grossen Kreis eingeschlossen ist; sie ist narbig, derb, ohne Geschwüre; ein einziger kleiner Knoten liegt in ihr. Dem vorschreitenden Kreis sind auch keine Knoten angelagert.

2. Stirne: Zirka $4\frac{1}{2}$ cm Durchmesser haltender Substanzverlust, Geschwür der Haut. Umkreis leicht nierenförmig gerundet; das

Ganze ziemlich ovalrund. Geschwür nicht tief. Auch der Grund verschiebt sich mit Hautverschiebung. An diesem Geschwür tritt die Form der Zerstörung auf, wie sie dann am Rücken die Geschwürsstellen besonders charakterisiert, nämlich flache Mulden von zirka 1 mm Grösse. Hier sind diese Mulden besonders am Rand deutlich, wo sie die Nierenform anbahnen. Vorposten fehlen.

3. Auf dem linken Schulterblatt Geschwürsfläche von zirka 5 cm Durchmesser.

4. Neben dem Angulus scapulae nach aussen links grosses rechteckiges Geschwür, dessen längste Seite gut 10 cm misst. Nummer 3 und 4 anatomisch gleich: scharf begrenzt. Die Geschwüre dunkelrot gegen gesunde Haut absetzend, über die ganze Fläche mazeriert, eiternd. Das Geschwürsmerkmal sind die Mulden, die in grosser Zahl die Oberfläche beschlagen.

Unter 3 %iger Borvaselin und Airol nebst ein paarmal Lapisätzung an der Stirne sind die Geschwüre mit Ausnahme eines Teils des Randes des Stirnlupus und des Wangenlupus fast vernarbt.

17.3. Versuchsweise Jodanstrich.

25.3. Am Wangenlupus mit dem ausgesprochenen Randcharakter bleiben mehrere Stellen geschwürig. Auch an der inzwischen trocken gewordenen Stirne und am Rücken rezidiviert die Geschwürsbildung etwas. In den letzten Tagen Hexaform-Bestäubung, bald mehr, bald weniger, mit mehr oder weniger Borvaselin. Als Medikament hat Patientin Oleum compositum, Dermatol-Orthoform-Bepuderung und anderes mehr.

Nach Lupus folgt stets wieder Verschlimmerung, wenn auch nicht allenthalben und nicht zu dem Status quo ante.

Einzelne Stellen im Gesicht mit Pacquelin behandelt.

Schliesslich bringt Emplastrum Hydrargyri ziemlich rasch Besserung, ja allenthalben Narben, wenn es heilt.

Therapie: Borvaselin 3 %

Oleum compositum

Hexaform

Zinkpaste

Guajakol-Kapseln

Emplastrum Hydrargyri

Anmerkungen:

Der Lupus erythematodes wird zu den Autoimmunerkrankungen gezählt. Wir unterscheiden den Lupus erythematodes integumentalis, eine umschriebene Hautaffektion bei erhaltenem Allgemeinzustand, vom Lupus erythematodes visceralis, einer Systemerkrankung mit Beteiligung der inneren Organe.

Flury beschreibt sehr genau die klassische Hautaffektion. Seine Diagnose beruhte auf der klinischen Beobachtung. Heute werden zur Diagnosestellung neben den makroskopischen Befunden histologische, immunhistologische (Nachweis von Autoantikörpern) und immunologische Techniken herangezogen.

Neben einer intensiven Keratolyse (Entschuppung) mit beispielsweise Salicylvaseline (Flury verwendete 3 %ige Borvaseline) werden heute Kortikoidsalben und auch Kortikoidsuspensionen (zur Unterspritzung der einzelnen Herde) verwendet.

Die Prognose hinsichtlich Lebenserwartung ist gut. Hartnäckiger Verlauf kommt vor.

Airol = Wundpaste aus Wismutoxyjodid

Emplastrum hydrargyri = Quecksilberpflaster

Guajakol-Kapseln dienen zur Behandlung der Tuberkulose und entzündlicher Affektionen der Atmungsorgane.

4. Patient H. W., männlich, 36jährig
27. Januar - 23. Februar 1904

Wunden des Gesichts

In der Nacht vom 26./27.1. im Tobel verunglückt, wurde im Haus H. Hartmanns abgeliefert. Patient "kann sich an die Bergung nicht erinnern". Am ersten Tag Unbesinnlichkeit.

Hauptwunde: Nasenöffnung links oben zirka in der Mitte der Aussenseite durchgerissen. Der Riss (durchgehend) geht zur Nasenspitze, nimmt deren linke Hälfte mit, geht durchs Frenulum etwas rechts herunter, trennt die ganze Oberlippe in der Mittellinie durch. An der Basis des Nasenfrenulums setzt ein zweiter Riss ein, der die Oberlippe hart unter der Nase ganz durchtrennt und perforierend reicht bis aussen oben am linken Mundwinkel, sich diesem nähernd. Der gefetzte, herunterhängende Lappen besteht also aus linker Hälfte Oberlippe, Nasenfrenulum und einem Stück der Nasenspitze. Knöcherner Nasenrücken funktioniert. Septum vorn verletzt. Knorpel der Nasenspitze entblösst. Zwei Hautrisse der Stirne.

Viele Nähte. Erster Verband trocken, dann Salbenverband mit Collodiumfixation. Irrigation von Mund und Nase mit Borsäure 2 % und Verband.

Lappen heilt an, kein Klaffen. Am kleinen, aus der Nasenspitze ausgerissenen Lappen mässige oberflächliche Hautnekrose.

8.2. Noch kleine Deckung der Nasenspitze nötig. Die Nase (Rücken) hat Ausbiegung nach rechts. (Sie wurde bei der "Operation" geradegedrückt; beim folgenden Verbinden beachtete ich die drohende, immerhin nicht hochgradige Difformation nicht, weil die rechte Seite eben im Fensterschatten lag.)

Durchgängigkeit der Nase links vermindert. Die linke Nasenöffnung wird narbige Verengung behalten.

Etwas Klage über linksseitigen Nackenschmerz, wohl von Wirbelsäulestauchung her.

21.2. Ueberhäutung an Nasenspitze noch nicht ganz vollendet. Macht wenige Tage nach seinem Austritt militärischen Wieder-

holungskurs durch.

Anmerkung:

Collodium: Gemisch aus Cellulosemono- und -dinitrat; in Aether-Alkohol gelöst, kann es auf Wunden gestrichen werden und hinterlässt nach Verdunsten des Lösungsmittels eine dünne Haut.

5. Patient T. R., männlich, 15jährig
18. Oktober - 23. Dezember 1904

Mittelohrentzündung mit Gehirnabszess

Erste Konsultation am 11.10. wegen Ohrschmerz. Entzündet verdicktes Trommelfell. Mässige Druckempfindlichkeit bei Einpresung unter und vor Gehörgang, auch hinten auf Processus mastoideus ein wenig, ohne Schwellung.

Am 16.10. setzten starker Kopfschmerz und Erbrechen aller Nahrung ein. Am 18.10. Operation durch Dr. Christian Schmidt von Chur:

Aufmeisselung des Antrums nebst Blosslegung des Sinus transversus und eines kleinen Segments der Dura der mittleren Schädelgrube. Im Knochen und im Antrum zweimal eine Spur schleimig-eitriger Flüssigkeit.

Da Temperatur nicht fällt, über Hinterkopfschmerz geklagt wird, bei Neigen des Kopfes nach vorn schmerzhaft Spannung im Nacken besteht (und Nackenstarre), bei Aufrichten bald Schwindel eintritt - Stauungspapille jedoch nicht sicher nachgewiesen werden kann -, am 22. zweite Narkose und Operation durch Dr. Schmidt: Blosslegung der Dura in grösserer Ausdehnung, Spaltung. Gehirn erscheint verfärbt. Pinzette und dann Sonde dringen nach rückwärts in "eine Höhle, das heisst ohne Widerstand ein paar Zentimeter ein", doch ohne dass sich Sekret entleert.

PS. Punktion des Sinus am 18. hatte flüssiges, venöses Blut ergeben.

23.10. Siehe Fiebertabelle. Heute einmal nach Suppe Brechneigung. Keine Herdsymptome, kein anderes Kopfweh als hinten rechts, das nicht auch auf die Wunde bezogen werden könnte. Nach vorn Neigen des Kopfes spannt im Nacken. Sensorium frei. Etwas Fieberapathie.

Lungen: Links vorn mag Atmung etwas schwächer sein als rechts? (Dubiose Differenz.) Soll vor Jahren einmal an Spitzenkatarrh gelitten haben; doch hätten wiederholte Untersuchungen der folgenden Jahre nichts ergeben.

Am 23. post meridiem geringe Apathie ohne jede Bewusstseinsstörung. Am 24. dritter Besuch von Herrn Dr. Schmidt. Der Drain wird frisch gelegt. Nach Entfernung wenige Sekunden lang lebhaft Pulsation der aus der Duraöffnung vorhängenden, zerfliesslichen, kleinen Masse, die entfernt wird. Neuer Eingriff wird nicht als indiziert erachtet. Mehr als leichtes Verwaschensein der Papille (besonders rechts) wird nicht konstatiert. Abends - siehe Temperaturtabelle - vorübergehend leichtes Frösteln. Kein Kopfschmerz von Belang, kein Erbrechen. Spontan Stuhl.

Am 25. und 28. je eine Serum(antistreptokokken)einspritzung. 1.11. Vierter Besuch durch Dr. Schmidt. (Lässt Verdacht auf Tuberkulose fallen - hauptsächlich Befürchten von Meningitis.) Ein paarmal etwas apathisch, doch ohne jede Spur von Benommenheit.

Am 29., 30., 31.10. und 3., 4.11. Erbrechen (siehe Tabelle). Medikamente, zum Teil wegen der starken Appetitlosigkeit, werden refüsiert, doch wird nun mittags kleine feste Nahrung genommen.

Anfangs November Druckschmerz in der Mitte der linken Vorderarmfläche und etwas Schmerz ums linke Handgelenk - zu deuten als Metastasen leichtester Art? oder nur Folgen gewisser Körperhaltung bei dem sensiblen Patienten?

Am 1.11. zeigt sich beim Verbandwechsel etwas Hirnprolaps, der am 4.11. die Grösse fast einer Kleinfingerbeere hat und nicht pulsiert und keine Verfärbung zeigt. Am Opticus vermag ich kein neues Symptom zu sehen, doch ist das Kolorit etwas dunkler links.

Am 3. (resp. 2.) wird über etwas Schmerz im linken Ohr geklagt. Nach Entfernung ziemlich fest haftender Schuppen: leichte Entzündung des inneren Abschnittes des Gehörgangs.

Am 5. ohne jeden Schmerz. Kopfschmerz wird stets negiert - nur auf Befragen etwas hinter dem rechten Ohr. Hier, zirka zweifingerbreit hinter dem oberen Wundwinkel am 30.10 und 1.11. an umschriebener Stelle lebhafter Druckschmerz ohne Oedem, der bald schwindet.

10.12. Patient seit einigen Tagen ein paar Stunden auf, ohne Beschwerden. Wundhöhle verkleinert sich gut, der Prolaps nicht entsprechend, doch wird die Oberfläche von etwas narbigem Ansehen.

4.12. (Konsiliarischer Besuch von Dr. Schmidt.) Allgemeinbefinden gut.

In den letzten Tagen vor Austritt rapides Kleinerwerden der Höhle; bei Austritt überhaupt kaum mehr die Spitze eines Gazestücks einzulegen. Ueberhäutung des Vorfalles desgleichen mit raschem Fortschritt und beginnende Einziehung.

Patient in den letzten Tagen ins Freie.

Anmerkung:

Christian Schmidt (1869-1944), Chur, Spezialarzt für Ohren-Nasen-Halskrankheiten.

6. Patient V. U., weiblich, 57jährig

1. Juni - 21. Juli 1909

Ovarialzyste

Bei einem Umfang von zirka 128 cm bietet die riesige, ovale Wölbung einen nicht gewöhnlichen Anblick. Seit 2½ Jahren Anschwellung des Leibes. Nachdem ein paar Jahre lang Periode ausgesetzt hatte, am Anfang des Winters 1908/09 zweimal noch "leichte Periode".

(Seit Jahren psychische Störung, die sich zur Zeit im Verkehr

nicht geltend macht.)

(19.8.1908: "Magerkeit, 120 Puls, Urin eiweisshaltig, starke Trübung /durch Tuschieren?/. Am 16. und 17.12. ging je ein 'Schutz' Wasser ab, nicht durch die Blase? Umfang 112. Aszites-ähnliche Zyste.") Endlich auf 7.6. Operation angesetzt und dann wegen "Periode", die am 8. einsetzte, verschoben, doch schon am 8. keine Blutung mehr. Patientin hatte wiederholt Laxans in letzter Zeit, am 8. Diätvorbereitung (nach K.).

Am 9. Aethernarkose. Assistenz Herr Dr. Diethelm. (Keine vorhergehende Morphinum-Atropin-Injektion.)

Bauchschnitt muss über den Nabel hinauf verlagert werden, um den Tumor (nach Dr. Diethelms Rat unpunktiert zu entfernen, was mit Vorteil gelingt) herauszuwälzen, was nach Lösung zahlreicher, nicht schwer mit der Hand zu sprengender Adhäsionen zwischen Tumor und vorderer Bauchwand gelingt. Sehr schöner, massiger Stiel, in drei Portionen (mit rechtsseitiger Tube) abgebunden mit Jodcatgut Nr. 3. Stumpf nicht kauterisiert, da Schnitt hiefür etwas nahe an Ligatur. Das linke Ovarium wird nach anfänglichem Uebersehen im Douglas links unten ganz eingelagert gefunden. Es präsentiert sich als nicht harter Tumor von der Grösse eines Eilängsschnittes und hat bei weisslicher Farbe wolkenartige Mosaik -, das heisst Lappenzeichnung - belassen! Der Tumor ist eine "tadellose", einkammerige Zyste, die von Dr. Diethelm auf dem Exkrementen-Eiterbecken auf die Waage transportiert wird und zirka 60 Pfund wiegt. Der klare Inhalt enthält, mit Esbach angesetzt, zirka 3 % Eiweiss, im Spitzglas keine Gerinnung bildend.

An der Bauchwand werden innen ein paar blutende Stellen mit Pacquelin leicht betupft. Patientin erhält während der Operation eine Kampferinjektion, ohne dringende Indikation desgleichen am folgenden Tag.

Verlauf gut. Schon am 11. gehen Flatus ab. Ernährung in den ersten 24 Stunden nur mit 200,0 (maximal) Wasser und Cognac, in den zweiten mit ein bisschen Milch; am 11. abends Marsala mit Ei.

Verlauf ganz glatt. Nach 14 Tagen auf, leider ohne Einwick-

lung der Beine. Folgt nach ein paar Tagen Thrombose im linken Bein mit etwas Anschwellung des Bodens des grossen Beckens oberhalb des Ligamentums Pouparti und Oedem des Beins.

8.7. Seit Tagen fieberfrei. Bein (und Becken) unter Wicklungen abgeschwollen bis auf Knöcheloedem. Subjektives Befinden gut.

20.7. Letzte Tage auf - erst nur liegend.

PS. Patientin seit Jahren geisteskrank, hat immer mit bösen Geistern etc. zu tun. Doch hier im Krankenhaus hat sich die Patientin ungemein beherrscht. Diesbezügliche Aussagen nur dem Pflegepersonal gegenüber.

21.7. Ab: Munter. Mobilität ganz befriedigend. Einwicklung der Beine.

21.6. Vin de Vial

Passugger-Wasser

8.7. Hämatogen

13.7. Liebermann-Abführpillen

14.7. Hämatogen

Anmerkungen:

Hans Diethelm (1875-1910), Arzt in Klosters.

Esbach = Bestimmung der Eiweissmenge im Harn mit Esbachs Reagens (10 g Pikrinsäure und 20 g Zitronensäure in 1 Liter Wasser). Georges-Hubert Esbach (1843-1890) war Arzt in Paris.

Ligamentum Pouparti = Ligamentum inguinale, Poupartisches Band, genannt nach François Poupart (1616-1708), Arzt in Paris.

Vin de Vial = Vials tonischer Wein, Stärkungsmittel der pharmazeutischen Laboratorien von Henri Vial in Villeurbanne bei Lyon.

Haematogen = blutbildendes Hämoglobinpräparat.

7. Patient D. A., männlich, 27jährig

2. Dezember - 9. Dezember 1910

Apoplexie

In seinem zweiten (?) Lebensjahr Empyem rechts, das die ganze Pleurahöhle füllte und sich - laut Angabe der Mutter - wohl durch die Bronchien entleerte. Operation war abgelehnt worden. Vor zirka zehn Jahren im Engadin vorübergehende linksseitige Hemiplegie mit sich anschliessender mehrmonatlicher "allgemeiner" Schwäche (und Aengstlichkeit). Vor zirka zwei Jahren (unter leichter Hämoptoe) deutlich phthisische Symptome leichteren Grades. Vom Empyem her blieb rechts Thoraxseite etwas eingesunken und die Wirbelsäule leicht verbogen.

Der letzte Winter und die Zeit bis jetzt war recht gut (Alpdienst) verlaufen.

1.12. Im Laden M. plötzlich von Hemiplegie resp. Parese befallen. Konnte sich noch vor die Türe schleppen, musste nach Hause gefahren werden. Zirka eine halbe Stunde später: bei Bewusstsein, erzählt kurz den Vorgang. Der linke Arm gelähmt, mit leichtem Spasmus in Schulter- und Ellenbogengelenk, etwas Adduktion möglich. Das rechte Bein spastisch gelähmt, mit Schüttelkrämpfen in Streckstellung. Patellar- und Fussklonus-
sohlenreflex null.

Zirka eine Stunde nach dem Anfall Erbrechen, kollabierter Zustand, Bewusstlosigkeit, Puls 48.

In den nächsten Tagen Bewusstsein so weit tätig, dass Fragen nach geschäftlichen Angelegenheiten wenigstens mit Ja oder Nein beantwortet werden können - vorübergehend. Nahrungsaufnahme ziemlich gut. Incontinentia urinae. Die Lähmung des Beines behält spastischen Charakter. Am Arm ist dies kaum ausgeprägt. Abweichen der Zunge nach links.

7.12. Prostration nimmt zu.

9.12. Post meridiem um 3 Uhr gestorben in bewusstlosem Zustand.

10.12. Eröffnung des Schädels: Starker Blutreichtum der weichen und harten Hirnhäute. Verwachsungen in der Mittellinie vorn mit derber Geschwulstbildung (aus Septum). Rechte Hemisphäre, auf der Höhe der Wölbung, zeigt Schwappen: Starkes Hämatom mit Durchbruch in den Seitenventrikel. Grosse Höhle.

Am 7.12. Hirudines No. 5.

Anmerkungen:

Hirudines No. 5 = fünf Blutegel

Nicht allein durch die Aufzeichnung scharfer klinischer Beobachtungen, sondern auch durch die Zergliederung der Leichen bekundet sich Flurys wissenschaftliche Denkungsart. Der erfahrene Chirurg erwies sich dabei als befähigter Pathologe.

8. Patient A. J., männlich, 71jährig

9. Januar - 25. Januar 1913

Vitium cordis Aortae

"Erkrankt" letzten Sommer, hatte Hydrops universalis - auf Digalen und Pulver geschwunden. Zur Zeit ganz geringes Oedem der Unterschenkel; Rückseite der Oberschenkel teigiges Oedem mässigen Grades, desgleichen am Knie. Kein Eiweiss. Spitzenstoss im sechsten Interkostalraum zirka dreifingerbreit aussen; systolisches und diastolisches Geräusch an der Basis. Puls gross, ziemlich celer und zeitweise mit ominöser Spannung, regelmässig, wenig beschleunigt, öfter nur (einige) 70 Schläge, meist 80, selten höher in den folgenden 1 - 2 Wochen.

Trotz der relativ guten Herztätigkeit ist Patient ziemlich asthmatisch und muss schon längere Zeit nachts viel sitzen; die objektive Dyspnoe dabei gering. Rechts hinten unten Dämpfung.

Am 19. ziemlich unvermittelt Bluthusten ohne Stechen, und das Sputum hat mehr pneumonischen Charakter als den des rein blutigen Infarkts. Die Blutung scheint von links hinten zu stammen; doch entwickelte sich keine nachweisbare Infiltration links.

24.1. Ordentliches Befinden. Puls weicher. Mit Medikamenten wurde - mehr dem Wunsche des Patienten nachgebend - wohl etwas zuviel getan: Diuretin, dann Theocin, Digalen in kleineren Dosen.

Oedeme der Unterschenkel verschwunden, hinten an den Oberschenkeln noch etwas Infiltration, wenig mehr am Knie. Die Dämpfung hinten rechts unten ziemlich unverändert. Wegen Schlaflosigkeit wenig Bromural, einmal Pantopon (hatte ein bisschen Morphinum), einmal Veronal 0,35.

Appetit ziemlich schwach. Diuretin soll ausgesetzt werden, da in der Nacht 24./25. schlecht geschlafen und 5 - 6mal kleine, nicht diarrhoische Stühle. Patient des Krankenhauses überdrüssig.

Puls um zirka 90.

Rezept: Zu Hause zunächst keine Medikamente ausser Digalen bei Pulsbeschleunigung. Gegen Appetitmangel Kefos. Als vereinzelte Gabe Laxans.

Ab: Ungebessert.

Anmerkungen:

Hydrops universalis = Allgemeine Oedembildung bei Herzinsuffizienz

Diuretin, Theocin = Diuretika (wassertreibende Mittel)

Digalen = Digitalispräparat zur Erhöhung der Herzleistung

Bromural = Bromhaltiges Sedativum (Beruhigungsmittel)

Pantopon = Opiat

Veronal = Barbiturat (Schlafmittel)

9. Patient B. C., weiblich, 68jährig

10. Juli - 29. August 1915

Fractura intertrochanterica links

Setzt nahe der Spitze des Trochanter ein und geht schräg nach innen unten - siehe Röntgenplatte - durch Unfall am 9.7.

Die schwere Frau fiel beim Aufstehen vom Dengelstock seitlich auf die Diele. ("Als ich aufstehen wollte, war's, als ob die Ferse wie eine Kugel sich drehte.")

(Bei der Untersuchung zu Hause in G. bestand noch keine Aussenrotation; jetzt ist sie vorhanden.)

Verkürzung zirka daumenbreit.

Extension zunächst 20, dann bald 18 Pfund am gleichen Tag, später 10 - 14, da Patientin rasch über Schmerzen im ganzen Bein klagt.

28.7.: Sträubt sich gegen mehr Gewicht als 10 Pfund. Wegen Schulterschmerzen Aspirin.

21.8. Zug entfernt. Keine nachweisbare Verkürzung. Kann ohne Hilfe das gestreckte Bein nicht heben. (Scheint den Tag über ziemlich energisch Gelenkübungen gemacht zu haben - Gefahr?) Die Manipulationen im Bett scheinen die - angenommene - Konsoolidierung nicht gestört zu haben. Beugen im Kniegelenk von der Patientin geübt.

Am 28. kann die Patientin zum erstenmal das mit Hilfe gehobene gestreckte Bein mit Mühe einen Moment hoch behalten. Keine deutlich messbare Verkürzung.

Auf Wunsch mit Bahre nach Hause.

10. Patient B. J., männlich, 42jährig

6. Januar - 10. Juli 1916

Tuberkulose: Lungen/Darm

Erkrankt im Juli 1915 mit monatelang dauerndem Durchfall. Seit 1 - 2 Monaten mehr oder weniger Leibschmerzen mit zahl-

reichen - in der Zahl übrigens ziemlich wechselnden - Stühlen, das heisst Patient zählt feste, flüssige und leere Stühle, die letzteren nur in etwas Drang mit Flatus bestehend, die festen meist ganz klein.

Lungen: Rechts unterhalb Clavicula Atmung schwächer und speziell bei Husten katarrhalische Geräusche. Hinten rechts und links von oben an - links bis zirka Mitte, rechts bis ganz herunter - klebrige, kleinblasige Geräusche und rechts hinten oben Dämpfung mit verschieblicher Atmung.

Am 16.: Status idem. Patient hat täglich mehrere heisse Thermophor auf dem Leib.

PS. Gibt an, er habe "Durchfall" missverstanden. Hatte nie Durchfall, das heisst täglich zahlreiche flüssige Stühle gehabt, vielmehr anfänglich an Trägheit des Stuhls gelitten, und der Stuhl sei wochenlang pechschwarz gewesen.

Per anum: Pathologische Resistenz links oberhalb Prostata?

Am 18. wegen der fraktionierten Defäkation Pulvis Liquiritiae compositus.

4.2. Status idem. Bei fast ganz schmerzlosen Nächten vormittags, auch in den Nachmittag hinein, mehr oder weniger Leibschmerzen. Häufig Stuhldrang: Täglich mehrmals minimales Quantum flüssigen Stuhls resp. nur nasse Flatus und daneben mehrmals (sechs und mehr) kleine, weiche, auch zum Teil geformte Stühle. Nahrungsaufnahme nicht gering. Hat täglich ante meridiem Thermophor auf Abdomen, das schmerzlos, ohne Resistenz, doch etwas meteoristisch ist. Patient post meridiem ausser Bett.

PS. November/Dezember bis fünf Tage ohne Stuhl "gewesen".

6.2. Zum Beispiel am 5. zehn "feste", kleine Stühle, die meisten vormittags.

Am 10.2. und an den folgenden Tagen morgens Klysma, um reichlicheren, einmaligen Stuhl zu erzielen. Doch lässt sich nur wenig eingreifen, und der Stuhleffekt ist nicht ausgiebig.

Am 13. tritt Stuhl im Urin auf und desgleichen die folgenden Tage, ohne dass Harndrang wesentlich häufiger wurde. Doch klagt Patient am 17.2. über Urinbrennen. Schon vor ein paar Wochen war nach Pulvis Liquiritiae compositus offenbar Stuhl im Urin gewesen, um dann wieder zu verschwinden. Palpation per anum

ergibt wieder oberhalb der Prostata besonders nach links hin "Exsudat-Resistenz". Ab und zu etwas Fieber. "Leibschmerzen". Harndrang gegen früher nicht mehr trotz der Kotpartikel und der kotgrünen Verfärbung des Harns. Thermophor auf Leib einige Male täglich.

8.3. Siehe Temperatur-Zettel. Urin freier, wenn kein Kot. Die Trübung nicht bedeutend, zur Zeit auch bei kürzerem Aufsein wenig oder nicht erhöht. Harndrang kaum mehr als früher.

22.3. Wechselnde Kotbeimengung, Miktion doch etwas häufiger.

28.3. Blut im Urin. Harndrang ohne resp. mit weit seltenerer Miktion. "Treibt's zurück." Brennen in Urethra, Blase II gefüllt, Schmerz. Auf 15 Guttae Opium-Klistier (und später Pantopon) ziemlich Ruhe. Um Mitternacht reichlicher uriniert. Am 29.: Nélaton: Es tritt Luft durch den Katheter aus der Blase. (Luft übrigens schon vor Eintritt ins Krankenhaus.) Das kleine Quantum Urin ist klar; eine Portion fließt durch den Katheter ab. Stuhl seither immer unter Gebrauch von Laxier-Pillen, ungleich oft, fraktioniert, auch etwa einmal reichlich. Dann 24 Stunden kein Stuhl. Abends wieder der Schmerz: Drang. Auf Klysma etwas Stuhl; Urin via Urethra post meridiem null. 15 Guttae Tinctura Opii-Klysma.

Am 20. starker Harndrang post meridiem, am 21. desgleichen noch intensiver. Blasenspülung mit Nélaton (dickere Nummer geht nicht ein): Kotige, gelbbraune Brühe. Der Drang sitzt in der Urethra. Heute sehr reichlich Stuhl. Pantopon 0,02 um 5 Uhr post meridiem, abends $\frac{1}{2}$ 8 Uhr 20 Guttae Tinctura Opii in Klysma. Nacht leidlich gut.

1.4. Blasenspülung: Stinkender Urin, doch ziemlich klar.

4.4. Seither Harndrang, zum Teil intensiv bei tagelanger Retention und per anum auch wenig Urin. Zweimal pro Tag Blasenspülung. Kotiger Urin.

4.4. ante meridiem: Kirschenstein im Orificium urethrae sichtbar. Unter Schmerzen manuell ausgepresst - uriniert spontan (wenigstens teilweise). Am 3. bekam Patient Oleum Ricini wegen Stuhlverstopfung, und an diesem Tag ist der Urin besonders kotig, "Erbsensuppe" gewesen.

4.4. post meridiem: Spontan uriniert, abends Katheter. Urin

auffallend hell, ganz wenig Partikelchen.

5. und 6. wenig Harndrang, spontanes Urinieren. Ohne Laxantien spärlich Stuhl.

13.4. Frost. Bei spärlichem Stuhl trotz Laxantien post meridiem dann breiiger Abgang. Die Blasenspülung abends auffallend klar, dafür am 14. morgens als Folge der Laxantienwirkung kotig.

Am 14. Befinden wieder besser.

Am 26. und 27. Fröste. Hatte am 25. und 26. reichlich Stuhl, am 25. fest und flüssig, am 26. flüssig.

Bei Blasenspülung vom 25.-27. nur wenig Kotpartikelchen in der Spülflüssigkeit, zum Schluss ein paar Luftblasen.

9.5. Ziemlich flottes Befinden. Täglich Blasenspülung, kleine Kotpartikelchen. Patient täglich auf. Sonnenbad (Abdomen) nach Möglichkeit.

8.5. Abgesehen von jenem Kirschkern wurde noch eine Linse via Urethra entleert. Keine Fröste mehr. Ab und zu ziemlich lebhafte Leibschmerzen; immerhin Schlaf meist ungestört. Stuhl meist in kleineren Ballen; fast täglich ein Laxans (Bitterwasser etc.). Blasenspülung täglich mit wenigen Ausnahmen. In letzter Zeit Spülwasser fast ganz klar, letzte Tage ganz. Doch bei der Miktion geht öfter Stuhl ab, bei festem Stuhl in kleinsten Bröckeln, bei flüssigem Stuhl mehr kotige Trübung.

Patient selten zu Bett. Körpergewicht ist etwas mehr geworden. Hatte fünf Tage fast keinen Stuhl, und bis durch Laxans Säuberung erfolgt war, hatte Patient lebhaft über Schmerz zu klagen.

15.6. Letzte Tage nur jeden zweiten Tag Blasenspülung. Die Spülung scheint mehr zu reizen als früher - Kapazität grösser resp. Drang kleiner. Patient geht den Sonnenbädern nach.

PS. Bei Spülung am 16. Kapazität mindestens wie früher.

Patient äussert sich: "Wenn's mit dem Stuhl besser wäre, nicht Schmerzen dabei, vorher und nachher, und wenn er ohne Laxans erfolgte, hätte ich es ganz gut."

Im Spülwasser nur eine ganz geringe Zahl von Krümeln, und via Urethra geht weit weniger Kot ab. Sonst nach Exkretion des Kotes meist beschmutztes Orificium dagewesen!

2.7. Nicht frei von Schmerzen; doch macht der Stuhl weniger zu schaffen. Blasenspülung seltener, artig, da bedeutend weniger Stuhlbeimengung.

Ab: Relativ guter Zustand. (Auch bei fehlendem oder ganz geringem Abgang von Stuhl durch Urethra. Doch öfter Luftblasen.)

Anmerkungen:

Thermophor = Vorrichtung zur örtlichen Wärmeapplikation.

Nélaton = Blasenkatheter, benannt nach dem Pariser Chirurgen Auguste Nélaton (1807-1873).

Die Tuberkulose mit ihren vielfältigen Erscheinungsformen ist eine jahrtausendealte Krankheit. Von verschiedensten historischen Persönlichkeiten erfahren wir, dass sie an "Schwindsucht" gestorben sind. Die Entdeckung des Tuberkelbazillus 1882 durch Robert Koch (1843-1910) brachte neue Voraussetzungen für eine sinnvolle Vorbeugung und für die Suche nach einer wirksamen medikamentösen Therapie. Mit der Einführung des Streptomycins (1944) und des Isoniazids (1951) trat die entscheidende Wende im Kampf gegen die Tuberkulose ein.

11. Patient M. U., weiblich, 60jährig

23. Januar - 25. Februar 1918

Mammakarzinom links

Anfänge "vor ein paar Jahren". Korpulente Frau. Derbe Infiltration und Einziehung der Mamilla und strahlige Faltenbildung. Haut in der Warzenumgebung lateral kaum mehr verschieblich. Verschieblichkeit auf dem Brustkorb zwar ausgesprochen vorhanden, aber doch bereits etwas verdächtig. Achselhöhlendrüsen nicht zu tasten.

Am 25. Operation. Vorgehen nach Schmiedens Lehrbuch. (Nicht

nach Kocher.) Warze etc. wird ausgiebig umkreist. Starkes Musculus pectoralis maior-Bündel oben durchschnitten und entsprechend mit Teil nach unten weggeschnitten. Musculus pectoralis minor angehakt und eingekerbt. (Nachher Naht.) Schon sind Drüsen unter dem Musculus pectoralis minor und hart an den Achselgefäßen (Vene). Axilla selbst dann so eröffnet, dass Längsschnitt durch die Faszie die Vene entblösst. Ein Strang, der derb unter dem Musculus pectoralis minor oben nach der Clavicula zieht, hoch abgebunden. Von Entfernung des Musculus pectoralis minor etc. nach Kocher abgesehen, in Rücksicht auf meine schlechten Erfahrungen!

Drainage: Ein Durchstichdrain vorn, ein Durchstichdrain hinten. Schmerz am 25. und 26. abends; Pantopon subkutan.

Am 28. Verbandwechsel, den vorderen Drain durch dünneren, kürzeren ersetzt, den starken hinten etwas gekürzt. Sukzessive Drainentfernung. In der Axilla klappt die Naht leicht etwas, so dass deshalb längeres Verbinden nötig ist.

Patientin hustet. Links hinten unten Geräusche. Oberhalb der Clavicula entwickelt sich ein hartes Drüsenpaket.

Prognose hinsichtlich Rezidiv mündlich und schriftlich, vor und nach der Operation den Angehörigen mitgeteilt.

Ab: Wundheilung.

3 Flaschen Maltex

Ichthyol 30,0

Liebermann-Pillen

Mixtura solvens

Arsenfortonaltabletten

Gestorben am 20.5.1918

Anmerkungen:

Es handelt sich um folgende Lehrbücher: Victor Schmieden (1874-1945), 1913 Ordinarius für Chirurgie in Halle, 1919 in Frankfurt a.M., "Der chirurgische Operationskursus", Leipzig 1910 (viele Auflagen); Theodor Kocher (1841-1917), 1872 Ordinarius für Chirurgie in Bern, "Chirurgische Operations-

lehre", Jena 1892 (viele Auflagen).

Maltes = Stärkungsmittel mit Malzextrakt

Ichthyol = Wund- und Zugsalbe, organisches Schwefelpräparat

Mixtura solvens = Hustenlösende Mixtur aus Süssholz u. Ammoniak

Arsen-Portonal = Arsen-, Eisen- und Lezithinhaltige Tabletten zur Unterstützung der Rekonvaleszenz.

12. Patient B. M., weiblich, 27jährig

5. Dezember 1923 - 7. März 1924

Parkinsonismus*

Grippefolgen. Nervensystem.

Januar 1920 Grippe in Klosters. Lag drei Wochen, hatte viel Kopfweh, keinen Husten. Schlafsucht sehr ausgesprochen. Bewusstseinstrübung. Nach Ablauf schwankend und schwach, doch ohne geistige Schwäche. Ein halbes Jahr lang dann wohlauf. Dann stellte sich ein "grusiges Schnaufen", das heisst beschleunigte Respiration ein bis Herbst 1922, wo es fast plötzlich verschwand.

Während der folgenden zwei Jahre scheint's ziemlich voll in der Arbeit geblieben. (Frühjahr 1922 zum Beispiel die Kartoffeln allein gesteckt.) Gegen Ende dieses Jahres bestand objektive Dyspnoe auch nachts.

Winter 1922/23 gut.

Im Frühjahr 1923: Die linke Hand konnte nicht mehr gut bewegt werden, doch mehr durch Gefühl der Steifigkeit im linken Ellenbogengelenk, so dass - im Sommer - Handhabung von Löffeln, Gabeln etwas gehemmt war; das Heurechen ging noch zur Not. Seit zirka zwei Monaten das Lupfen des Beines etwas gestört. Später auch die rechte Hand nicht ganz normal. Rohe Kraft sei noch gut. Gedächtnis ganz intakt. Desgleichen das Denken gar

*"Extrapyramidale Rigidität" (Corpus striatum), s. Schweiz. med. Wschr. 1924, p. 584 rechts.

nicht geschädigt. Keine Parästhesien, keine Kopfschmerzen (seit 1920). Blase und Stuhl in Ordnung. Appetit sehr gut. Nachträgliche Angabe, dass nach Austritt aus der ärztlichen Behandlung Winter 1919/20 lange Zeit Schmerzen bestanden hätten, links fortlaufend der Rippen.

Es zeigt sich bald, dass Intelligenz und Gedächtnis, die geistige Rüstigkeit, durchaus nicht geschwächt sind. Und doch hat man beim ersten Ansprechen den Eindruck einer gewissen Hemmung, einer verlangsamten Reaktion. (Schwester: "Ich glaubte beim Eintreffen der Patientin, es komme eine Geisteskrankheit.") Die Gesichtszüge haben eine gewisse Starrheit; Patientin macht mit dem Mund kauende Bewegungen. Die Sprache ist etwas langsam, doch fließend. Augenmuskellähmung nicht vorhanden. Das Hochheben der Arme erfolgt in rascher Bewegung erst auf wiederholtes Versuchen. Die Streckung im Ellenbogen stößt auf leichten Widerstand, links viel deutlicher als rechts. Die Muskulatur vorn am linken Oberarm fühlt sich etwas gespannt an. Die Fingerspreizung ist rechts und links nicht ausgiebig, desgleichen die Daumenabduktion nicht komplett, links mehr als rechts. Auch die Dorsalflexion der Hand ist rechts und links nicht normal. Sensibilität gut. In den Beinen nur leichte Schwäche im allgemeinen. Patellarreflex lebhaft; an der Sohle nichts Besonderes, Sensibilität gut.

Der Gang auffallend kleinschrittig, fast nur mit dem vorderen Teil des Fusses auftretend; doch sei sie immer mehr auf den Fussspitzen gegangen. Patientin streckt das Kinn (den Kopf) vor.

Der Aufforderung, den Kopf auf meiner Hand auf den Kissen ruhen zu lassen, kann sie nicht nachkommen. Patientin liegt absichtlich ganz flach. Patientin liest den ganzen Tag, spielt gern Gitarre (und singt).

20.12. Im ganzen das gleiche Bild. Steht da in etwas gebeugter Haltung mit geneigtem Kopf und vorgestrecktem Kinn, kauendem Mund, ziemlich starrer Miene, so dass sie den Eindruck des Schwachsinn macht, die Arme und Ellenbogen gebeugt, die Hände auch etwas gebeugt und die Knie leicht flektiert, gehend mit ganz kurzen Schritten bei parallel gestellten Füßen, auf

den Ballen (Zehen). An den Extremitäten die Spasmen, am linken Arm mehr als rechts. Auch Fingerspreizung rechts und links nicht normal, links mehr als rechts. An den Beinen macht sich bei der Untersuchung im Bett die spastische Steifigkeit mehr geltend als an den Armen.

Therapie: Kraftstrom, Einreibungen, Bäder (nicht täglich).

Im Freien geht Patientin besser als im Zimmer. Immer wieder aufgefordert zu langen Schritten, kann Patientin lediglich die Ferse aufsetzen. Patellarreflex stark.

Am 13.1. wünscht die Patientin, ins Theater zu gehen! Schliesslich erlaubt, absichtlich, um nachher eine psychologische Handhabe zu haben.

Es zeigen sich bei der Patientin etwas Charakterschwächen von früher. (Brief von Frau Pfarrer M.) Häufig Geldverbrauch, z'Hengert gehen.

Das ganze Gebaren könnte an Hysterie denken lassen, wenn's nicht Grippefolgen wären. Starres Hinstehen mit Kopf voran, Hand gebeugt und etwas gebeugte Knie und ein schiebender Zehengang und extreme Langsamkeit der Verrichtungen. ("Kann nicht schneller.")

27.1. Status idem. Neulich mit Schwester Pauline eine "Fangis"-Probe - da ganz mobil gewesen.

8.2. Das gleiche starre Wesen in Haltung, Miene und Blick, mit gebeugten Ellenbogen und kurzen Fussspitzentritten, das zögernde, langsame Antworten, das Erstarren während einer Bewegung, wie beim Ankleiden, zum Stuhl Gehen, wenn auch nicht so schwer wie bei Frau M. Patientin übrigens jetzt imstande, den Korridor um 25 Schritte abzuschreiten; sie übt sich noch mit Stock für Armbewegung. Das "Kauen" ist etwas weniger. Patientin klagt über Schwäche.

Anmerkung:

1817 beschrieb James Parkinson (Arzt in London, 1755-1824) erstmals die Paralysis agitans (Morbus Parkinson) mit ihren unverkennbaren Krankheitszeichen. Die drei Hauptsymptome sind Akinese (Verlangsamung und Bewegungsarmut), Rigor (spezifische Tonusvermehrung der Muskulatur) und Tremor (rhythmisches

Zittern, Wackeln). Oft treten vegetative und psychische Störungen hinzu. Die Ursache liegt in Funktionsausfällen motorisch hemmender Hirnkerne (Substantia nigra, Pallidum und Striatum).

Bei obiger Patientin handelt es sich um einen postenzephalitischen Parkinsonismus ("Grippe-Folgen"). Flurys therapeutische Möglichkeiten waren beschränkt; Einreibungen, Bäder und "Kraftstrom" haben wahrscheinlich wenig Wirkung gehabt.

Neben Medikamenten und Krankengymnastik haben heute die stereotaktischen Hirnoperationen grosse Bedeutung erlangt und zeigen oft eindruckliche Erfolge.

13. Patient R. A., männlich, 54jährig

16. Februar - 18. Februar 1925

Mesenteriale Thrombose

Peritonitis als Ileusverdacht zugeschickt.

Seit 10. Leibschmerzen. Klemmen mit gestörten Nächten seit 12. Erbrechen mehrmals täglich. Am 14. nach Aussage des Arztes dreimal flüssiger Stuhl (nach Aussage des Patienten einmal), nachher täglich. Letzte Flatus gestern, nur einmal. Auf der Schlittenfahrt von Conters mehrmals Erbrechen. In ärztlicher Behandlung seit 12. Herr Dr. Schnyder konstatierte Druckschmerz im Epigastrium und links am Leib (ausdrücklich nicht mehr) bei Temperatur unter 37 und Puls in die 80. Auf Klysmen am 16. kein Stuhl und Klyisma nicht ab.

Jetzt post meridiem zirka fünf Uhr: 37,3 (abends 7), 90; Zunge nicht trocken, nicht stark belegt. Der Leib aufgetrieben und allenthalben druckempfindlich in recht ausgesprochener Weise. Schwarzgalliges Erbrechen, Aufstossen. Aufstossen und Bewegung schmerzen. Letzte Medikamente heute morgen. Patient hat Drang zum Urinieren, doch keine Entleerung. (Blase scheint nicht gefüllt.)

Ein Eserinwickel und Thermophor, ein Pantopon subkutan.

17.2. Bei Besuch um $\frac{1}{2}$ 8 Uhr fallen die engen Pupillen auf. Patient erhielt morgens vier Uhr die zweite Pantopon-Einspritzung, da er es vor Schmerzen nicht habe aushalten können. Ein Eserin. Patient zerfallen. 120 Puls, schwache Qualität. Leib sehr stark aufgetrieben. Hat wiederholt uriniert. Zunge trockener. Keine Flatus. $1\frac{1}{2}$ Oleum camphoratum subkutan. Kamillen-Klystier - ein bisschen Stuhl ab.

Meteorismus gross, keine Flatus, wieder Erbrechen, schliesslich ganz schwarz. Puls zunehmend schlechter und schneller. Bekommt speziell auf die Nacht Pantopon-Einspritzung. Daneben mehrere Kampferöleinspritzungen.

Stirbt am 18.2. $\frac{1}{2}$ 2 Uhr.

Bauchsektion: Es fliesst ziemlich helles Exsudat ab, aus dem aus Versehen angeschnittenen Darm gänzlich schwarzblutige Flüssigkeit. (Oeffnung zugebunden.) Auch in den seitlichen tiefen Partien des Bauches und im kleinen Becken solche blutige Flüssigkeit. Oben am Colon, um den Magen, die Gallenblase, die Leber herum gar keine entzündlichen Veränderungen. Im Bauch überhaupt keine eitrigen Beläge.

Dagegen ist der Grossteil des Dünndarmes - nicht in ganz kontinuierlicher Strecke - tiefblauschwarz. Die Verfärbung endet gegen das Coecum hin ziemlich scharf, doch unlinear; oben ist eine freie Schlinge zwischengelagert, und die Uebergänge in die Verfärbung sind oberhalb und unterhalb mehr oder weniger scharf. Nirgends eine Knickung, nirgends ein Strang. Zwei Schlingen nur leicht verklebt.

Diagnose: Thrombose von Mesenterialgefässen.

Appendix ganz klein, intakt. Die ganze Coecum-Gegend ganz frei. Reichlich Fett im Bauch. Massiges, uneröffnetes Netz. Blase leer, schlaff, fettig dick. Darmnekrose. Blutgefüllter Dünndarm etc.

Anmerkung:

Oleum camphoratum (Kampferöl) besteht aus einem Teil Kampfer und neun Teilen Olivenöl.

Kampfer wirkt gärungs- und fäulnishemmend, auf Haut und Schleimhaut reizend. In kleinen Dosen regt es die Verdauung an und bewirkt durch Steigerung der Darmperistaltik Abgang von Blähungen. Nach der Resorption von Kampfer steigen Blutdruck, Puls und Atemfrequenz. Auch werden Schweisssekretion und Diurese angeregt.

c) Notizen zur Geburtshilfe (1880-1932)

Die "Notizen zur Geburtshilfe" sind eine Sammlung von 353 stichwortartig verfassten geburtshilflichen Krankengeschichten aus den Jahren 1880 bis 1932. Berücksichtigt wurden nur die **Geburten im Spital**. Zu jener Zeit aber war die Hausgeburt noch üblich und wurde, wenn keine eindeutigen Geburtsrisiken bestanden, der Spitalgeburt vorgezogen. Deshalb darf es nicht verwundern, wenn bei jeder Notiz dieser Sammlung irgendwelche geburtshilfliche Komplikationen anzutreffen sind. Weitaus am häufigsten ist die Plazentarretention. Ebenfalls häufig sind Puerperalfieber, Lageanomalien, Eklampsie und Uterusrupturen. Unter den ärztlichen Eingriffen überwiegen die manuelle Plazentalösung, die Zangenextraktionen und die inneren und äusseren Wendungen. Anencephalus, Hydrocephalus und Chorionepitheliom nach Blasenmole wurden je einmal diagnostiziert.

Bei ungefähr einem Fünftel der genannten Komplikationen oder Eingriffen erwähnt Flury ausdrücklich, die Patientin sei kurz darauf verstorben. Ueber die neonatale Sterblichkeit erfahren wir nichts. Sie war dazumal derart gross, dass sie meist als unabwendbares Schicksal hingenommen wurde.

Diese Sammlung bleibt für uns, obwohl sie unvollständig ist, ein fassbarer Beweis für Flurys Interesse an geburtshilflich-gynäkologischen Aufgaben, wie es uns Schnyder in seinem Nachruf geschildert hat (5).

d) Statistik der häufigsten Krankheiten zwischen 1881 und 1906
(nach Notizen Andreas Flurys)

I.	<u>I n n e r e M e d i z i n</u>	<u>Anzahl</u>
1.	Erkrankungen des Oesophagus, des Magens und des Darms -----	
1.1.	<u>Oesophagus</u>	
	Karzinom	16
	Divertikel	2
	Stenose	1
1.2.	<u>Magen</u>	
	Dilatation	4
	Karzinom	13
	Pylorusstenose	1
	Ulcus ventriculi	18
1.3.	<u>Darm</u>	
	Verdauungsstörung	64
	Invagination, 1 davon operiert	3
	Abknickung der Flexura sigmoidea	1
	Ileus (ohne Operation)	6
	Striktur	1
	Fissura ani	1
2.	Erkrankungen der Leber -----	
	Karzinom	4
	Zirrhose	5
	Abszess (eröffnet)	1
	Ikterus	6
	Kolik	1

3.	<u>Erkrankungen des Pankreas</u>	<u>Anzahl</u>
	Diabetes	1
4.	<u>Erkrankungen der Harnwege und Anhangsorgane</u>	
	Zystitis	17
	Harnröhrenruptur	6
	Juvenile Harnretention unbekannter Genese	1
	Verdacht auf maligne Neubildung	2
	Prostatahypertrophie	32
	Prostatakarzinom	2
	Pyelitis	5
	Nierenblutung	2
5.	<u>Erkrankungen der Schilddrüse</u>	10
	Strumitis	5
	Karzinom	3
	Ektopische Struma über Halsdreieck	1
	Struma mit Jodinjektionen behandelt	1
6.	<u>Herz- und Gefässerkrankungen</u>	149
	Entzündungen	
	Klappenfehler	
	Neurosen	
7.	<u>Lungenerkrankungen</u>	
	Bronchitis (akute und chronische)	83
	Pneumonie	116
	Pleuritis (davon 22 Empyeme operiert)	55

8.	<u>Infektionskrankheiten</u>	<u>Anzahl</u>
	Aktinomykose	3
	- Kiefer	1
	- Lunge	2
	Influenza	10
	Keuchhusten	1
	Malaria	2
	Masern	1
	Parotitis epidemica	2
	Scharlach (eine Anzahl mag Rubeolen gewesen sein)	38
	Skorbut	4
	Typhus	31
	Varizellen	2
	Parasiten: Scabies und Taenia	6
	Tetanus	2
9.	<u>Intoxikationen</u>	
	Alkoholismus	8
	Blei	1
	Chloroform	1
	Fleisch	2
	Jodkali	3
	Kohlendunst	2
	Morphium	1
	Phosphor (Suizid!)	1
10.	<u>Krankheiten des Blutes</u>	
	Anämie	28
	Morbus Werlhof	1
	Thrombosen der unteren Extremitäten	6

11.	Erkrankungen des Nervensystems -----	<u>Anzahl</u>
	Apoplexie	28
	Nervenlähmung, Neuralgie, Multiple Sklerose	100
	Chorea	2
	Psychose und Grenzgebiete	28
	Meningitis	2
12.	Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises -----	
	Rheumatismus, Arthritis deformans	88
	Muskelrheumatismus	
	Lupus	3
	Lumbago (schwere Formen)	4
13.	Tuberkulosen (ohne Knochen und Gelenke) -----	190
	1. Lungen	88
	2. Lymphome	24
	3. Lungen und Knochen	19
	4. Meningitis tuberculosa	13
	5. Harnorgane, Blase und Nierenbecken	11
	6. Lungen und Harnorgane	10
	7. Lungen und Larynx	7
	8. Hoden	4
	9. Peritonitis tuberculosa	3
	10. Lungen und Drüsen	3
	11. Lungen und Peritoneum	2
	12. Lungen und Sehnenscheiden	2
	13. Larynx	1
	14. Larynx und Knochen	1
	15. Haut	1

14.	Erkrankungen des Abdomens	<u>Anzahl</u>

	Freie Hernien	136
	- Leistenhernien	122
	- Cruralhernien	14
	Inkarzerierte Hernien	56
	- Leistenhernien	24
	- Cruralhernien	30
	Hernien der Linea alba	2
15.	Erkrankungen der Harn- und Genitalorgane	

	Hydrozele	5
	Paraphimose	1
	Phimose	1
	Wanderniere	2
	- Nephroraphie mit Erfolg	1
II.	<u>C h i r u r g i e</u>	
1.	Infektionen	

	Abszess, Phlegmone, Furunkel, Sehnenscheidenphlegmone	116
	Panaritium	62
	Erysipel	19
	Gelenkerguss (nicht traumatisch)	23
2.	Entzündliche Erkrankungen im Abdomen	

	Appendizitis	22
	- operiert	6
	Peritonitis	22

3.	Nicht-tuberkulöse Knochen- und Gelenkserkrankungen	<u>Anzahl</u>

	Osteomyelitis (Inzisionen und Aufmeisselungen)	33
	Andere Erkrankungen (Amputationen)	20
4.	<u>Verletzungen</u>	

4.1.	<u>Frakturen</u>	
	Schädel	5
	Wirbelfrakturen	6
	Rippen	15
	Clavicula	4
	Humerus	8
	Vorderarm	11
	Becken	4
	Schenkelhals	11
	Oberschenkel	12
	Patella	4
	Unterschenkel	76
	Mehrfache Extremitätenfrakturen	5
4.2.	<u>Luxationen</u>	16
	Schultergelenk	12
	Ellenbogen	1
	Unterkiefer	1
	Clavicula, peripher	2
4.3.	<u>Distorsionen und Kontusionen</u>	
	Kontusionen	62
	Gelenksdistorsionen	25
4.4.	<u>Verbrennungen</u>	
	(z.T. mit Transplantat versorgt)	12

	<u>Anzahl</u>
4.5. <u>Erfrierungen</u>	6
4.6. <u>Offene Verletzungen</u>	97
(Messerstiche, Maschinen- und Zirkelsägenverletzungen, Schuss- verletzungen)	
5. Tuberkulöse Knochen- und Gelenk- affektionen -----	
Amputationen und Resektionen	30
Ohne Operation gebessert	24
6. Tumoren -----	
Uterus und Ovarien	16
Mamma	14
- Karzinome	13
- Fibrom	1
Sarkome verschiedener Lokalisation	13
Maligne Bauchhöhlengeschwülste	7
Dickdarmkarzinome	6
Lippenkarzinome	5
Parotis	5
- Fibrome	3
- Sarkom	1
- Karzinom	1
Atherome	4
Zungen- und Mundbodenkarzinome	4
Milztumoren	4
Lipome	4
Oberkieferkarzinome	2
Halswirbelsarkom	1
Hodensarkom	1

III.	<u>G y n ä k o l o g i e</u>	<u>Anzahl</u>
1.	<u>Graviditäten</u>	27
	Aborte	3
	Puerperalfieber	13
	(vergleiche auch "Notizen zur Geburtshilfe")	
2.	<u>Gynäkologische Erkrankungen</u>	
	Pelveoperitonitis	42
	Sepsis ohne Fieber nach Intra-uterinpassar	1
	Inversio uteri, als Polyp operiert	1
IV.	<u>O t o r h i n o l a r y n g o l o g i e</u>	
1.	<u>Erkrankungen des Halses</u>	
	Angina	13
	Krupp	7
	- davon tracheotomiert	6
	Diphtherie	22
	Laryngitis	11
	Larynxkarzinom	2
2.	<u>Erkrankungen der Nase</u>	
	Nasenbeinfraktur	1
	Epistaxis (sehr schwer)	2
	Polypen	1

3.	<u>Erkrankungen des Ohres</u>	<u>Anzahl</u>
	Otitis media	10
4.	<u>Erkrankungen der Nebenhöhlen</u>	
	Oberkieferhöhlenempyem, traumatisch	1
	Chronische Entzündungen	6
V.	<u>D e r m a t o l o g i e u n d</u> <u>V e n e r o l o g i e</u>	
1.	<u>Erkrankungen der Haut</u>	
	Ekzeme (akute und chronische)	17
	Herpes zoster	6
	Herpes tonsurans	1
	Offene Geschwüre	51
	Gangrän	7
2.	<u>Venerologische Erkrankungen</u>	
	Syphilis	9
	Gonorrhoe	2
VI.	<u>V e r s c h i e d e n e s</u>	
	Augenerkrankungen	20
	Altersgebrechen und Imbezillität	62
	Enuresis	1
	Vielfache Zahnextraktionen in Narkose	
	Hasenscharten	3

e) Uebersicht über die häufigsten Operationen zwischen
1906 und 1925 (nach Notizen Andreas Flurys)

	<u>Anzahl</u>
<u>Appendektomien</u>	225
<u>Inguinalhernien</u>	
freie	258
inkarzerierte	25
<u>Cruralhernien</u>	
freie	40
inkarzerierte	35
<u>Nabel- und Narbenhernien</u>	25
<u>Magen-Darm-Trakt</u>	
Ileus-Operationen	2
Laparotomien	7
Gastrostomie	1
Gastrostomie wegen Oesophagus-Karzinom	1
Darmperforation	1
Magen-Ulcus-Perforation	1
<u>Punktionen</u>	
Pleurapunktionen	32
Aszitespunktionen	8
<u>Abszess-Eröffnungen</u>	
(einschliesslich Phlegmonen, Panaritien, Karbunkel)	78
<u>Drüsenexstirpation</u>	32
<u>Resektionen</u>	
Hüftgelenk	5

	<u>Anzahl</u>
Ellenbogen	2
Humerus	1
Rippen, wegen Empyem	37
Handgelenk	1
Kniegelenk	9

Knochenaufmeisselungen

(meist wegen Osteomyelitis)

Fibula	4
Tibia	5
Femur	14
Humerus	1

Frakturen

Oberschenkel	50
Unterschenkel	55
Knöchel	24
Patella	5
Oberarm	16
Vorderarm	17
Clavicula	2

Luxationen

7

(Schulter, Knie, Ellenbogen, Hüfte)

Amputationen

Zehen	19
Finger	17
Oberschenkel	10
Unterschenkel	9
Oberarm	1
Vorderarm	2

Harnwege und Genitalorgane

Kastrationen (einige im Rahmen einer

Hernienoperation	27
------------------	----

	<u>Anzahl</u>
Entfernung von Samenzysten	3
Hydrozelen	24
Varikozelen	4
Phimosenoperation	1
Paraphimosenoperation	1
Hämorrhoidenoperation	1
<u>Gynäkologische Eingriffe</u>	
Kürettagen des Uterus (3 ohne Narkose)	20
Ovariectomien	8
Hysterektomien	2
Mamma-Amputationen (mit Axilla-Ausräumung bei Karzinom)	13
<u>Tumoren</u>	
Kleine Geschwülste (Lipome, Atherome, Polypen, Fibrome)	36
Oberschenkelsarkom	1
Unterkiefersarkom	1
Melanosarkom der Wange	1
<u>Verschiedenes und Raritäten</u>	
Hauttransplantationen bei Ulcera cruris und Wunden	13
Menishektomie	1
Geschwulstentfernung unter Augenlid mit Lappenverschiebung (keine gelungene Sache)	1
Gesichtskarzinom mit Lappenverschiebung	1
Wundversorgungen (grössere)	20
Rachenmandel-Operationen	2
Cholesteatom-Operation	1
Resektion des Nervus infraorbitalis	1
Schädeltrepanationen	4
Operation einer Sinusthrombose	1
Tracheotomien, davon 4 wegen Krupp und 1 wegen Mundbodenphlegmone	11

6. LITERATURVERZEICHNIS

A) Handschriften

Der ganze Nachlass Andreas Flurys ist im Besitz von Dr. jur. Hans Andrea Tarnutzer in Chur, dem Sohne der Nichte und Pflegetochter Flurys.

B) Schriften Andreas Flurys

1. Ein Beitrag zur Geschichte und Statistik des hohen Steinschnitts von 1851-1878, Diss. Tübingen 1879.
2. Fremdkörper im Rectum. In: Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 14 (1884), S. 355f.
3. Zur Casuistik der Fleischvergiftung. In: Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 15 (1885), S. 184-190 und 205-210.
4. Ein neues und doch recht altes Pessarium. Ibid., S. 381f.
5. Die Krankenpflege im Hause. In: 11. Jahresbericht des Prättigauer Krankenvereins, Davos 1892, S. 3-35.
6. Leitfaden zum hygienischen Unterricht für Seminaristen der Lehranstalt Schiers, Schiers 1903.
7. Ueber Kleidung. In: 22. Jahresbericht des Prättigauer Krankenvereins, Schiers 1904, S. 13-23.
8. Zur Alkoholfrage. In: 28. Jahresbericht des Prättigauer Krankenvereins, Schiers 1909, S. 3-13.
9. Was einer der Aeltesten zu erzählen weiss. In: 100 Jahre Evangelische Lehranstalt Schiers. Sonderausgabe zu Nr. 81 der Prättigauer Zeitung vom 15. Juli 1937, S. 1.

C) Literatur zur Biographie

1. Aeskulap in Graubünden. Beiträge zur Geschichte der Medizin und des Aerztstandes. Zum Anlass seines 150jährigen Bestehens herausgegeben vom Bündnerischen Aerzteverein. Chur 1970.
2. Biographisches Lexikon verstorbener Schweizer. In memorial. Bd. 2, Basel 1948, S. 364-367 (mit 2 Bildnissen).
3. Blum, Andreas, Nachruf auf Andreas Flury. In: 101. Jahresbericht der Evangelischen Lehranstalt Schiers, Schiers 1938, S. 3-10 (mit Bildnis).
4. Hartmann, Benedikt, Nachruf in: Der freie Rätier, 71. Jahrgang, Nr. 188, Chur 1938.
5. Schnyder, Karl, Nachruf in: Schweizerische medizinische Wochenschrift 68 (1938), S. 1061 (mit Bildnis).
6. Skvarč, Marijan, Kurzbiographien 1938 verstorbener Schweizer Aerzte des deutschen Sprachraums, Diss. Zürich 1976, S. 57f.
7. Thöny, Mathias, Zur Erinnerung an grosse Wohltäter. In: Sonntagsbeilage zur Prättigauer Zeitung vom 24. Oktober 1953 (mit Bildern).

D) Uebrige Literatur

1. Ackerknecht, Erwin H., Kurze Geschichte der Medizin, Stuttgart 1959, Neudruck 1967.
2. Aschoff/Diepgen/Goerke, Kurze Uebersichtstabellen zur Geschichte der Medizin, 7. Auflage, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1960.
3. Brunner, Conrad, Die Spuren der römischen Aerzte auf dem Boden der Schweiz, Zürich 1893.

4. Brunner, Conrad, Ueber Medizin und Krankenpflege im Mittelalter in Schweizerischen Landen, Zürich 1922.
5. Diepgen, Paul, und Rostock, Paul (Hrsg.), Das Universitätsklinikum in Berlin. Seine Aerzte und seine wissenschaftliche Leistung 1810-1933. Leipzig 1939.
6. Hartmann, Benedikt, Die Pfarrerfamilie Roseli und die Roselische Bibliothek, Chur 1926.
7. Hauri, Dieter, Von den Steinschneidern zur modernen Urologie. In: Neue Zürcher Zeitung vom 23.8.1978, Nr. 194.
8. Hemmi, Jacob, Beitrag zur Geschichte des Sanitätswesens in Graubünden, Diss. Chur 1914.
9. Hirsch, August (Hrsg.), Biographisches Lexikon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker, 5 Bde., Berlin/Wien 1929-1934.
10. Koelbing, Huldrych M., Pierre Franco (env. 1506 - env. 1579). In: Médecine et Hygiène 19 (25 janvier 1961), S. 60.
11. Lesky, Erna, Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert, Graz/Köln 1965.
12. Ludwig, Herbert (Hrsg.), Repertorium pharmazeutischer Spezialpräparate, Sera und Impfstoffe, 2. Auflage, Basel 1948.
13. Meyer-Ahrens, Konrad, Geschichte des Schweizerischen Medizinalwesens, Zürich 1838.
14. Mornaghini-Zweidler, Liliana, Der Psychiater Johann Joseph Jörgler (1860-1933), Diss. Zürich 1975 (= Zürcher Medizingeschichtliche Abhandlungen, Neue Reihe Nr. 104).
15. Pagel, Julius Leopold, Die Entwicklung der Medizin in Berlin von den ältesten Zeiten bis auf die Gegenwart. Eine historische Skizze. Wiesbaden 1897.
16. Pieth, Friedrich, Bündnergeschichte, Chur 1945.

17. Sprecher, Ferdinand, 50 Jahre Prättigauer Krankenhaus und Krankenverein, 1881-1931, Schiers 1931.
18. Stiftungsurkunde: Flury-Stiftung Prättigauer Krankenhaus. Notariat Schiers 1954.
19. Thöny, Mathias, Schiers. Geschichte und Kulturgeschichte. Schiers 1934.
20. Thöny, Mathias, Prättigauer Geschichte, Schiers 1948.

7. ANHANG

Tuberkulose-Bekämpfung

Vortrag von Andreas Flury 1932 (Erstveröffentlichung)

Unter den mannigfachen Fürsorgebestrebungen kommt der Tuberkulose-Fürsorge besondere Bedeutung zu, ist doch ein Tuberkulosegesetz im Wurf. Im Bundesgesetz betreffend Massnahmen gegen gemeingefährliche Epidemien von 1886 figurieren noch Pocken, asiatische Cholera, Flecktyphus, wozu laut Bundesbeschluss von 1921 noch die Grippe kommt.

Die Sterblichkeit infolge Tuberkulose ist gross, soll doch 1/7 bis 1/8 der Menschheit durch sie dahingerafft werden - durch Tuberkulose, nicht durch Lungenschwindsucht, befällt doch die Tuberkulose zahlreiche Organe, weit am häufigsten allerdings die Lungen, und so ist denn auch diese Erkrankungsform am längsten bekannt.

Wann sie die Menschheit ergriffen hat, ist eine müssige Frage; bekannt ist sie jedenfalls seit Jahrtausenden. Da wird in solchen Fragen der "Vater der Medizin", Hippokrates, der vor zirka 2300 Jahren lebte, zu Rate gezogen; er hat unverkennbar diese Krankheit, die Schwindsucht, nach ihren Krankheitsäusserungen beschrieben und daneben äussere Umstände hervorgehoben, die sie begünstigen. Bis ins 16. Jahrhundert hinein galt er als unantastbare Autorität, und bis vor bald 400 Jahren wurde als richtige Heilkunst nur die des Hippokrates angesehen.

Das Wort "Tuberkel" kommt zuerst vor in den Schriften von Celsus, der am Anfang unserer Zeitrechnung lebte. Doch wurden damit die verschiedensten Geschwulstformen bezeichnet. Galen, der berühmteste Arzt des Altertums, gestorben Anno 200, Leibarzt römischer Kaiser, weiss über die Lungenschwindsucht nicht mehr zu berichten als 500 Jahre zuvor Hippokrates. Schriften dieser beiden Autoritäten wurden noch im letzten Jahrhundert in moderne Sprachen übersetzt. Die Fortschritte in der Erfor-

sung dieser Materie erfolgten nur langsam, durch lange Zwischenräume getrennt, zagend, selbst nachdem die Leichenöffnung in Gebrauch gekommen war. Die Leichenöffnung hat auch ihre Geschichte; zwar sollen in Alexandrien Sklaven bei lebendigem Leib seziert worden sein, um den Sitz der Seele zu finden, aber erst aus den Jahren um 1300 wurden Sektionen berichtet, obschon ein paar Universitäten schon vorher gegründet worden waren, Bologna 1119. Die Leichenöffnung wurde also in den Dienst der Krankheitserkennung gestellt.

Um 1650 wurden zuerst knollige Gebilde in den Lungen beschrieben und dann 1810 der hirsekorn-grosse Tuberkel, der Miliartuberkel genannt und als Ausgangspunkt der Lungenschwindsucht angesprochen wurde. Das 1590 erfundene Mikroskop und die schliesslich sehr eingehende Durchforschung der kranken Gewebe mit allen ihren Farbschatten führte doch zu keiner einheitlichen Erklärung der krankhaften Veränderungen, bis dann anfangs der 80er Jahre die Bakteriologie, die Wissenschaft von den Bakterien, die Erkenntnis brachte, dass die Tuberkulose eine spezifisch infektiöse Krankheit und die Lungentuberkulose in allen ihren verschiedenen Formen eine einheitliche Erkrankung ist, hervorgerufen durch den von Koch entdeckten Bazillus.

Dieser Bazillus ist im Mittel $3 - 4\mu$ lang, $0,4 - 0,7\mu$ breit, also kleiner als ein rotes Blutkörperchen. Eigenbewegung hat der Bazillus nicht. Die ihn umschliessende, wachsartige Hülle macht ihn widerstandsfähig gegen äussere Einflüsse. So bleibt er selbst bei starker Kälte unbeschädigt und wird erst bei 80°C Wärme abgetötet. Im Sonnenlicht - das der beste Schutz gegen ihn ist - stirbt er schon in wenigen Minuten ab, während er im zerstreuten Tageslicht viele Tage (20) Lebens- und Wirkungsfähigkeit behält, erheblich länger (scheints 40-60) im Dunkeln. Siedehitze tötet die Bazillen des Auswurfs in wenigen Minuten. (Im getrockneten Zustand sind fliessender Dampf und trockene Hitze wirksam.) Kälte, auch unter dem Gefrierpunkt, hebt, wie schon gesagt, sein Eigenwesen noch nicht auf.

Austrocknung in freier Luft schwächt es ab; doch im Strassenstaub, selbst der Sonne ausgesetzt, bleiben die Bazillen monatelang (140 Tage) erhalten (wenn abwechselnde Witterung herrscht bis 50 Tage), ebenso wenn sie in den Boden eingegraben werden.

Im Krankenzimmer, sich selbst überlassen, bewahrt der Auswurf des Patienten sein Infektionsvermögen bei Abschluss von Luft durch ungemessene Zeit, bei Zutritt von Luft und Sonne bis zwei Monate. Dass zwischen diesen Bazillen und den tuberkulösen Erkrankungen ein ganz bestimmtes Verhältnis besteht, ist durch die Tierversuche bestätigt, sei es, dass die Bazillen zum Beispiel unter die Haut oder in die Bauchhöhle oder ins Auge eingespritzt wurden, oder durch Zerstäubung zur Einatmung in den Tierkäfig eingeblasen oder verfüttert wurden. Es entsteht örtliche Tuberkulose und gibt im Anschluss allgemeine Tuberkulose (Miliartuberkulose). Man kann die Bakterien züchten auf geeigneten Nährböden.

Dazu braucht es Sauerstoff und Brutschranktemperatur. Dass sie sich ausserhalb des menschlichen Körpers vermehren, ist nicht wahrscheinlich. (Sie können sich nur entwickeln bei annähernd gleichmässiger Temperatur zwischen 30 und 40 Grad.) Auch die gezüchteten Bazillen, die Kulturen, behalten monatelang ihre Infektiosität. Die Erkennung im Mikroskop ist der schon erwähnten wachsartigen Hülle und deren Säurefestigkeit zu verdanken; das heisst, im gefärbten Auswurfpräparat behalten die Tuberkelbazillen die Farbe, während die anderen durch eingeleitete Entfärbung die Farbe verlieren. Koch hat auch die Existenz von Toxinen - das sind von den Bazillen produzierte Giftstoffe - nachgewiesen und Versuche gemacht, diese Stoffe zu Heilzwecken zu verwenden, unter anderem mit sterilisierten Bazillenkulturen, die abgestorbene Bazillen enthalten.

In den Körper gelangen die Bazillen durch Einatmung, durch Eindringen in Mund- und Verdauungskanal und unter Umständen -

es fällt weniger ins Gewicht - von Wunden der Haut aus. (Bazillen werden auch in faulen Zähnen, im Mund überhaupt gefunden.) Obenan steht die Einatmung. Nur durch Verdampfung tuberkulösen Auswurfs wird man nicht tuberkulös, auch nicht durch verdorbene Luft, wenn sie eben keine Bazillen enthält. Bei Husten, Räuspern werden kleine Wassertröpfchen und Dampfbläschen herausgeschleudert. Die Wassertröpfchen sind nur ausnahmsweise mit Tuberkulosebazillen beladen. Sie senken sich bei ihrer relativen Grösse schneller zu Boden und gelangen nicht so weit wie die den Lungen entstammenden Dampfbläschen, die dem Auge entgehen und auf zirka 80 cm Distanz hinausreichen und Gefahr in sich schliessen. In den oberen Luftschichten eines Krankenzimmers sind Bazillen kaum zu finden. Schwerer ins Gewicht fällt der Bazillen enthaltende Staub, wie er sich am Boden sammelt, herstammend von Auswurf, von mit solchem betroffenen Gegenständen verschiedentlicher Art, von Wäsche etc. Auch Fliegen transportieren Bazillensaustaub, und ihre zerfallenden Kadaver enthalten solchen. Der Staub wird ferner gefährlich durch Hineingelangen in den Mund, was speziell im Blick auf Kinder als Schmierinfektion bezeichnet wird, der diese durch Rutschen und Kriechen am Boden ausgesetzt sind.

Für die Infektion vom Darmkanal aus kommt ferner in Betracht der Genuss von Fleisch und Milch tuberkulöser Tiere. Es gibt Kaltblütertuberkulose, Vogeltuberkulose, Tuberkulose höherer Wirbeltiere. Und bei diesen handelt es sich ganz vorwiegend um das tuberkulöse, perlsüchtige Rind, wenn es an allgemeiner Tuberkulose leidet oder wenn im Euter Perlsucht-Knoten vorhanden sind. Menschen- und Tiertuberkulose unterscheiden sich voneinander. Das Rind ist stark empfindlich für den Tiertypus der Bazillen, und andererseits ist bei ihm durch menschliche Bazillen kaum fortschreitende Tuberkulose zu erzeugen. Es kann Tiertuberkulose auf den Menschen übertragen werden, doch kommt in dieser Beziehung nur die Milch in Frage. Diese Frage ist aber etwas strittig. Immerhin wird angegeben, dass die Tuberkulose bei Kindern in wenigen Prozen-

ten aller Erkrankungen den Tiertypus aufweise, mit Ausgang vom Darmkanal. Kochen der Milch schützt vor Ansteckung. Weit weniger Bedeutung hat Ansteckung durch Fleischgenuss. An sich wären wohl die drüsigen Organe gefährlich; doch das Risiko wird eben durch Kochen oder Braten ziemlich aufgehoben.

Eine tuberkulöse Mutter wird ihr Kind nicht stillen, jedenfalls nicht, wenn sie mehr als nur leicht erkrankt ist oder wenn die Brustdrüse erkrankt ist. Dass sie von vornherein durch die Milch ihr Kind ansteckt, dürfte nicht vorkommen. Sie wird es auf andere Weise tun, zum Beispiel durch Küssen oder den Luller etc., wie es besonders früher gehandhabt wurde.

Schlechte Luft - chemisch-physikalisch schlecht und schlecht durch Beimischung von organischen und unorganischen Stoffen - schädigt Lungen und Blutbeschaffenheit. Aber ohne Bazillen macht ihre Einatmung nicht tuberkulös. Schlecht gelüftete, überalterte Wohnungen begünstigen das Zustandekommen. Bei der ungeheuren Verdünnung und Zerstreuung im Freien kommen die Bazillen überhaupt nicht in Betracht. Auch nur ein paar Bazillen pflegen kaum Tuberkulose zu machen, und sind sie zahlreicher, so ist oft nicht nebensächlich der Grad ihrer Virulenz (das heisst Lebensfähigkeit, Giftigkeit). Direkt ausgehustete Bazillen scheinen in dieser Beziehung gefährlicher. Zur Erkrankung muss sich der Bazillus in den Geweben verankern. Manchmal werden Bazillen wohl wieder ausgehustet. Der Gesunde hat in seiner Nase und in den Luftwegen Abwehrapparate, Schutzmittel, so dass nicht ohne weiteres Erkrankung erfolgt, oder es bleibt bei einer Ansteckung, deren Ausbreitung aber verhindert wird. Daneben fällt in Betracht die Disposition, die letzten Endes wohl in der Beschaffenheit der Blutflüssigkeit und der Gewebesäfte liegt.

Es ist verständlich, dass man früher, ohne Kenntnis des eigentlichen Krankheitserregers, viel sprach von Vererbung der Tuberkulose, und die Tatsache, dass es mit Tuberkulose behaftete Familien verschiedener Generationen gibt, wird besonders von Nicht-Aerzten betont. Nun sind schon in seltenen

Fällen im ungeborenen Kinde Bazillen gefunden worden. Aber eine solche Vererbung wie zum Beispiel bei der Syphilis gibt es nicht. Oft genug tritt die Erkrankung bei Kindern und Erwachsenen auf, deren Eltern nicht tuberkulös waren. Vererbt aber kann die Disposition werden, sei es auch nur als Schwäche und allgemeine Kränklichkeit. Als ausgesprochene Disposition galt und gilt noch eine gewisse Körpergestaltung (Habitus), die sich auszeichnet durch zarten Körperbau, dünne, fettarme Haut, schwache Muskulatur, Wachstum des Skelettes vorwiegend in der Längsrichtung, mit flachem, langgestrecktem Brustkorb. Der Veranlagte erträgt weniger leicht im allgemeinen oder an einzelnen Organen schädigende Einflüsse, die beim Kräftigen kaum merkliche Folgen haben (ohne dass dabei schon Tuberkulose im Spiele wäre). Es äussert sich das im Kindesalter durch das Auftreten von Katarrhen und Hautausschlägen und ferner unter der Form der Lymphdrüsentuberkulose, von der nachher noch etwas zu sagen sein wird. Die mit der Disposition verbundene Infektionsgefahr ist besonders wichtig für Kinder vom 1. bis 5. Lebensjahr.

Allerdings wird von mancher Seite erklärt, die Dispositionszeichen seien der Ausdruck schon vorhandener Tuberkulose. Disposition kann auch erworben werden durch Krankheiten, die zu Schwächung und Abmagerung führen, besonders durch katarrhalisch-entzündliche Affektionen, doch auch durch lange Eiterungen, auch durch Zuckerharnruhr, chronischen Alkoholismus usw. Daneben kann es Gelegenheitsursachen geben wie Masern, Keuchhusten, Grippe. Gefährdet sind auch durch Staubatmung geschädigte Lungen. Tierischer Staub (wie ihm Kürschner, Bürstenbinder eher ausgesetzt sind) ist nachteiliger als pflanzlicher; schädlicher ist Mineral- und Metallstaub; besonders gefährdet seien Glasbläser.

Auf der ganzen Erde kommt Tuberkulose vor, vom Tiefland bis zu den höchsten bewohnten Orten über 4000 Metern. Auch gibt es kein Klima, das schlechthin unempfindlich für Tuberkulose macht; nur eine verhältnismässig recht grosse Sicherheit kann

es bieten, und das um so eher, wenn die Bevölkerung nicht dicht ist und die hygienischen Einrichtungen etc. nicht vernachlässigt sind. Eine angeborene Sicherheit (Immunität), wie man sie früher für gewisse Tierarten annahm, gibt es nicht.

Die Ansteckung erfolgt meist in der Jugend (Einatmung). Der Ausbruch der Krankheit vor dem 3. bis 4. Jahr ist selten. Ziemlich verschont bleiben die Jahre 5 bis 15; am gefährdetsten sind die von 15 bis 25 oder 30. Verschont ist aber keine Altersstufe, sei es durch Ansteckung oder dass der Ausbruch her stammt von einem alten, doch stumm gebliebenen Herd. Die Lungenerkrankung setzt meist in diesen obersten Partien ein, bei Kindern öfter auch in untern Abschnitten. An der Bevorzugung der oberen Teile ist wohl schuld, dass diese bei der Atmung weniger ausgiebig belüftet werden und der Blut- und Säftestrom da weniger lebhaft ist. Hierbei kann erwähnt werden, dass bei einem bestimmten Klappenfehler, der starke Blutstauung in den Lungen verursacht (Mitralfehler, Dekompensation), die Lungen selten erkranken, während ein anderer, und zwar angeborener Fehler, der die Blutzufuhr hemmt (pulmonale Stauung), das Zustandekommen sehr begünstigt.

Haben sich Tuberkelbazillen in den Lungen festgesetzt, so entstehen die kleinen Tuberkel, indem sich um den Bazillus Zellen verschiedener Herkunft, unter ihnen die vielbesprochenen Riesenzellen, ansammeln. Die Tuberkel mehren sich, schliessen sich zusammen. Es ist ein Krankheitsherd gebildet. Von solchen Herden in den Endverzweigungen der Luftwege aus kommt es zu Anschwellung der Drüsen der Lungenwurzel (Bronchialdrüsen). Geht die Infektion vom Darm aus, so kommt es zur Anschwellung von Drüsen in der Bauchhöhle (Mesenterialdrüsen). Diese Drüsenherde können die längste Zeit ruhig bleiben, der Lungenherd gar vernarben, um später den Infektionsstoff auszustreuen. Von den Drüsen- oder Lungenherden - seien diese alten oder neueren Datums - erfolgt die Ausbreitung auf dem Blut- und Lymphweg in andere Organe, zum Beispiel die Knochen. Ein Organ nach dem andern kann befallen werden. Zuweilen trifft das

gleichzeitig für mehrere zu. Dabei liegt die Gefahr vor, dass durch die Ausbreitung gerade lebenswichtige Organe wie das Gehirn betroffen werden.

In den Lungen stellen sich neben den Wucherungsvorgängen oft auch Entzündungsherde ein, die mit wässriger Ausschwitzung einsetzen, ähnlich wie bei anderweitiger Lungenentzündung; aber es kommt nicht zur Aufsaugung, sondern zu Gewebszerfall durch Verkäsung.

Die Befunde an Lebenden und an der Leiche, die Veränderungen in den Lungen, welche der tuberkulöse Prozess zustande bringt, vom kleinen Herd bis zu grosser Höhlenbildung oder auch Schrumpfung, sind so mannigfach, dass die Krankheitsstadien, der Verlauf im allgemeinen, nicht nach Symptomgruppen abgestuft, eingeteilt werden, sondern nach der Ausdehnung des Prozesses, ob er sich nur über einen halben Lungenlappen erstreckt oder über beide Lungen.

In die Stadieneinteilung der tuberkulösen Lungenentzündung ist in letzter Zeit ein als "Frühinfiltrat" bezeichneter Prozess als drittes Stadium (nach Primärherd und Bronchialdrüsentuberkulose) eingeschaltet worden. Doch ist diese Auffassung jenes Vorgangs auf Widerspruch gestossen.

In tuberkulösen Lungen stellen sich oft nebenher andere entzündliche Vorgänge ein, die nicht durch Tuberkelbazillen veranlasst sind. Heilungsvorgänge geringeren und grösseren Masses finden sich bei jeder Lungenerkrankung, wenn es sich nicht um schwere Miliartuberkulose oder um käsige Entzündung handelt. Völlige Ausheilung kleiner Herde ist möglich; bei grösseren kann es zu völliger Ruhe, Abkapselung für lange Zeit kommen, und doch kann es aus diesen, noch Bazillen enthaltenden Stellen später durch eine Veranlassung wie Influenza etc. zu wesentlicher Aussaat und Erkrankung kommen. Der Verlauf ist auch hinsichtlich der Dauer sehr verschieden. Dass Genesung geraume Zeit erfordert, ist satksam bekannt. Andernfalls

kann es in einigen Wochen oder wenigen Monaten zu grössten Zerstörungen kommen, oder das Leiden macht stetig langsame Fortschritte oder zieht sich, von Stillständen unterbrochen, über Jahre zu Jahrzehnten hin.

Unter den stürmischen Verlaufsarten nimmt die Miliartuberkulose eine besondere Stellung ein. Durch schädigende Gelegenheitsursachen kann es bei schon im Körper flackerndem Herd zu sehr starker Bazillenvermehrung kommen. Die Besonderheit macht sich aber besonders geltend in den Fällen, wo beim Betroffenen bis dahin kaum Krankheiterscheinungen vorlagen und nun eine Ueberschüttung des Körpers mit Infektionsstoff erfolgt infolge Durchbruchs eines verborgen gebliebenen Herdes in grosse Blutvenenstämme oder in den Hauptlymphstrang, der eben in die Blutbahn ausmündet. Bei vorgeschrittener Tuberkulose der Lunge wird dieser Vorgang nicht oft beobachtet. Nicht in allen durch die Aussaat betroffenen Organen treten deutliche Symptome auf; ist zum Beispiel das Gehirn betroffen, dann allerdings. Wurde vorwiegend die Lunge betroffen, so kann trotz Kurzatmigkeit die Erkennung zunächst schwerfallen. In manchen Fällen ist das Allgemeinbefinden in einer Weise gestört, die die Abgrenzung von andern Infektionskrankheiten schwierig macht. In nicht vielen Fällen gibt die Entdeckung von ausgesprossenen Tuberkeln im Augenhintergrund Aufschluss.

Ein besonderes Kapitel wird sich auch mit der Skrofulose in Kürze zu befassen haben, sind doch die Skrofeln ein landläufiger Begriff und sieht man hie und da einen Menschen, der an unschönen Narben am Hals oder in der Kiefergegend die Zeichen der früheren Erkrankung an sich trägt. Bekannt war auch die Skrofulose im Altertum; aber es wurden auch andere Geschwulstformen miteinbezogen. Sie ist über die ganze Erde verbreitet. Die äussere Erscheinung eines in ausgesprochener Weise damit behafteten Kindes ist ziemlich bekannt; doch kann man zwei Typen unterscheiden, die einen hager, schlecht genährt, mit zarter Haut und sich abzeichnenden Gefässen, reizbar, auch etwa mit Leber- und Milzschwellung neben den Drüsenknoten, die an-

dern schwerfälliger, mit dicken, doch schwachen Füllpolstern, weichen Muskeln, dicken Lippen, dicker Nase und ebenfalls gelegentlich mit Leber-Milzschwellung, wieder begleitet von Drüsenknoten. Das Charakteristische bei diesen Patienten ist die Beteiligung des Drüsenapparates, selbst bei wenig bedeutungsvollen Affektionen. Es ist Neigung zu hartnäckigen Katarrhen vorhanden neben mannigfachen Hautausschlägen, von denen ein paar den speziellen Beinamen "skrophulös" tragen, zum Beispiel Ausschläge im Gesicht, am behaarten Kopf etc., daneben Erkrankungen der Augen und Augenlider, der Schleimhäute der Nase, Schwellungen im Gaumen und Rachen. Auch die Finger beteiligen sich öfter; doch werden allerdings hieher nur die leichten Formen von Erkrankungen der Fingerknochen gezählt, bei denen das Allgemeinbefinden noch gut ist. Die meisten dieser Erkrankungen erweisen sich als hartnäckig, und Anzeichen skrofulöser Anlage machen sich manchmal noch in spätern Jahren geltend. Lebensgefährlich ist der Zustand selten, da ja in der Regel keine lebenswichtigen Organe befallen sind.

Nun wird es freilich so sein, dass Skrofulose nichts anderes ist als Tuberkulose. Aber tuberkulöse Infektion äussert sich eben nicht bei allen Kindern in solcher Weise, so dass man geneigt ist, eine (vererbte) Disposition anzunehmen, eine Gewebe- und Stoffwechselbesonderheit (Anomalie). Sei es nun, dass das alles nur eine besondere Reaktion auf den Bazillus ist, oder sei es, dass besonders in kindlichem Alter solche Zustände vermisst werden, jedenfalls steht die Skrofulose in engster Beziehung zur Tuberkulose. In neuerer Zeit hat man diese Dinge zusammengefasst unter der Bezeichnung "exsudative Diathese".

Gefeit, immun gegen Tuberkulose, gefeit durch seine Konstitution ist wohl niemand. Wie schon erwähnt, werden in der Grosszahl der Sektionen Verstorbener die Zeichen überstandener Tuberkulose gefunden.

Vermeidung von Einatmung von Bazillen ist im gewöhnlichen Leben kaum möglich. Besser steht es mit der Möglichkeit, Erkran-

kung durch sie zu verhüten, nämlich durch Stärkung der Abwehrkräfte, durch Körperpflege, Ernährungs- und Wohnungshygiene, Dinge, die auch für die Ueberwindung stattgehabter Erkrankung in erster Linie in Frage kommen. Keiner weiteren Begründung bedarf die Wichtigkeit früher Krankheitserkennung (Diagnose). Dazu bedarf es oft sorgsamster Untersuchung und Beobachtung. Die Frühdiagnose ist zu einem besonderen Kapitel geworden, setzt doch die Erkrankung (Tuberkulose) oft ein mit Zeichen, die auf andere Leiden weisen und nicht nur den Patienten zu täuschen geeignet sind. Dazu kann erwähnt werden, dass Auswurf nicht immer erhältlich ist, und wenn, dass trotz vorhandener Tuberkulose die Untersuchung auf Bazillen negativ ausfallen kann, ganz negativ auch die physikalische Untersuchung mit Horchen und Beklopfen trotz eines auf Tuberkulose beruhenden Bluthustens.

Die Röntgendurchleuchtung ist ja äusserst wertvoll. Sie wird jetzt öfter bei der Rekrutierung praktiziert, damit nicht nachher die Militärversicherung belastet werden muss durch eine Tuberkulose, die im Dienst oder im Anschluss daran zum Ausbruch kommt. Doch so liegt die Sache nicht, dass man auf der Platte auch die allergeringsten Verdichtungen sehen könnte, wie ein Korn in einem Glas Wasser. Sehr geschätzt wird sie auch für die Erkennung der Lungenwurzeldrüsen; aber es braucht in manchen Fällen einen sehr erfahrenen Beobachter, um keine falschen Schlüsse zu ziehen.

Zu einem Mittel für die Frühdiagnose ist nun das Tuberkulin geworden, nicht das alleinige Mittel überhaupt. Tuberkulin ist das Gift der Bakterien. Es werden dazu abgetötete Bazillen verwendet, und man stellt es her aus Bakterienkulturen. Es gibt verschiedene Tuberkulin-Präparate, auch solche, die zu Heilzwecken verwendet werden. Zur Diagnose dient das Alt-Tuberkulin von Koch. Koch machte die Entdeckung, dass Patienten mit Tuberkulose, speziell solcher der Lungen, nach Einspritzung kleinerer Mengen in eigentümlicher Weise darauf reagieren, dass Reaktion auftritt im Erkrankungsherd und an der Einsprit-

zungsstelle - nicht aber bei Gesunden, wenn nur kleine Dosen zur Verwendung kommen. ("Tuberkulose-Reaktion tritt bei Menschen auf, die eine verminderte Reaktionsfähigkeit durch eine schon früher erfolgte Infektion mit Tuberkelbazillen in sich tragen und die nun auf das einverlebte Gift mit Bildung von Antikörpern reagieren.")

Durch Infektion mit Tuberkelbazillen bilden sich im ganzen Körper Gegenkörper, und durch Zusammentreffen mit Tuberkulose entstehen jene Reaktionen. Bei Anwendung von Tuberkulin auf die Haut wird nur eine geringe Menge resorbiert, und es entstehen nur ausnahmsweise allgemeine Herdreaktionen, so dass Schädigung nicht zu fürchten ist. Nach dem Verfahren von Pirquet wird auf eine mit kleinem Bohrer geschürfte Hautstelle Tuberkulin gebracht, danach Moro-Tuberkulin in Salbenform auf eine kleine Hautpartie eingerieben. Je nachdem, ob nun diese Stellen in 1 bis 2 Tagen Veränderungen zeigen, spricht man von positiver oder negativer Reaktion. Die kleinen roten Schwellungen respektive Knötchen sind das Zeichen einer Ueberempfindlichkeits-Reaktion der Haut bei Tuberkulose. Die positive Reaktion besagt nicht, dass der Betreffende tuberkulosekrank ist, sondern dass er irgendwann eine tuberkulöse Infektion erlitten hat respektive einen nicht tätigen solchen Herd beherbergt. Nur bei Kindern in den ersten Lebensjahren kann positive Reaktion als Zeichen bestehender tuberkulöser Erkrankung gewertet werden. Bei älteren Kindern kann trotz positiver Reaktion der seinerseit gesetzte Herd schon bedeutungslos geworden sein. In Grossstädten zeigen schon im 6. Lebensjahr 40-50 % positive Reaktion, im 14. schon 95 %. Diese Methode der Untersuchung dient zur Feststellung der Gefährdeten, nicht der nur Bedrohten. Bedroht ist schliesslich jeder Körper, bei dem sich Bazillen einmal einnisten.

Hier mag eine Wiederholung und Ergänzung am Platze sein: Die Lungenwurzeldrüsen (Bronchialdrüsen) der Kinder entstehen von einem Lungenherd aus. Lungentuberkulose kann entstehen, wenn irgendwo im Körper ein Herd sitzt. Sie kann im späteren Alter auch entstehen, ohne dass in der Kindheit der Grund dazu ge-

legt wurde. Zwischen der tuberkulösen Erkrankung von Kindern und Erwachsenen besteht im allgemeinen ein prinzipieller Unterschied. Bei allen Menschen jenseits des Entwicklungsalters entwickelt sich die gewöhnliche Form der Lungenschwindsucht in den obersten Partien der Lungen und von da aus in Etappen. Beim Kind bildet sich infolge von Einatmung oder auch durch Infektion auf dem Blutwege ein gemeiner Herd irgendwo in den Lungen, meist nicht an den Spitzen. Von diesem geht nur selten eine fortschreitende Tuberkulose aus. Häufig bleibt der Herd klein oder heilt aus; doch steckt er meist die bronchialen Drüsen an, kann von diesen aus später unter Umständen akute Tuberkulose via Einbruch in ein Blutgefäß und dadurch die im Kindesalter nicht seltene Miliartuberkulose, generalisierte Drüsentuberkulose, Erkrankung von Knochen und Gelenken etc. verursachen. Oder die Drüsen brechen durch in einen Luftröhrenast und verursachen käsige Pneumonie, der die Kinder erliegen. Bei Kindern verläuft ausgebrochene Lungentuberkulose rascher, bösartiger als die gewöhnliche Erkrankungsform Erwachsener. In Rücksicht auf die Praxis und besonders die Fürsorge-Institutionen stellte Prof. Wieland* an der Kinderklinik Basel vier respektive drei Kategorien von Kindern auf, die gefährdet sind: 1.) Vorweg sind gefährdet alle Kinder mit sonst offenkundigen Zeichen von Tuberkulose, daneben 2.) alle Säuglinge und Kleinkinder mit positiver Reaktion als alleinigem Befund, seien die Eltern gesund oder nicht. Es besteht bei ihnen Neigung zum Fortschreiten, zur Verkäsung von Herden, oder es bedeutet die positive Reaktion schon an sich aktive Tuberkulose. 3.) Kinder jeden Alters mit bekannter oder zu vermutender familiärer oder häuslicher Infektionsquelle. 4.) Kinder jeden Alters mit positiver Reaktion, die daneben mit einem tuberkulösen oder früher einmal tuberkulös gewesenen Elternteil auffallende Ähnlichkeit haben.

Auch als Heilmittel finden Tuberkulin-Präparate Verwendung. Als vor Jahrzehnten gar am Deutschen Reichstag ein Abgeordne-

*Emil Wieland (1867-1947), Direktor der Kinderklinik und Professor für Kinderheilkunde in Basel.

ter von dem neuen Mittel sprach, ging es wie ein Lauffeuer durch die zivilisierte Welt: Ein Heilmittel, und zwar ein universelles Heilmittel! Es wurde aus allen Richtungen der Windrose gewünscht; die kühnsten Hoffnungen knüpften sich daran - und nebenher Besorgnisse, Befürchtungen von solchen, die brotlos zu werden befürchteten durch Entwertung ihrer Bereitschaften zur Behandlung tuberkulöser Patienten.

Auch an Medikamente knüpften sich ähnliche Hoffnungen, wenn auch in bedeutend geringerem Masse, zum Teil unter der unklaren Vorstellung, dass die Bazillen dadurch direkt angegriffen, ja vernichtet würden - eine eitle Hoffnung, auch wenn zum Beispiel so viel Kreosot eingenommen würde, dass Schweiss und Tränen und alle Absonderungen wie die Atemluft Kreosot-Geruch annehmen. - Mit dem Tuberkulin war und ist es freilich von vornherein nicht so gemeint. Es sollen durch das Mittel die Schwere der Infektion herabgesetzt und die Abwehrkräfte der bedrohten Gewebe gesteigert werden. Die anfänglich dazu benützten Dosen wurden bald als zu gefährlich verlassen. Man beginnt mit Einspritzungsgaben, die 1/100 eines Milligramms enthalten. Daneben kommen andere Präparate in Gebrauch (auch in Salbenform) unter wissenschaftlichster Begründung mit vorsichtigster Anwendungsweise. Aber ärztliches Allgemeingut für die Behandlung sind sie auch nicht geworden.

Eine vorübergehende Erscheinung ist es wohl, dass auch von tuberkulösen Schildkröten gewonnener Stoff von einzelnen verwendet wird.

Seitenstücke für die Begründung und das Verständnis dieser Methode sind auf anderen Gebieten vorhanden. König Mithridates, im letzten Jahrhundert vor unserer Zeitrechnung, habe sich durch immer gesteigerte Dosen verschiedener Gifte an dieselben gewöhnt, um gegen Vergiftung gesichert zu sein. Eingeborene Afrikas reiben sich zu dem gleichen Zweck Schlangengift ein. Pockengift, abgeschwächt durch Tierpassage zu Kuhpocken, und daraus gewonnener Impfstoff dient zur obligatori-

schen Impfung. Blutwasser von Masern-Rekonvaleszenten wird eingespritzt mit dem Erfolg, dass der Geimpfte für eine gewisse Zeit unempfänglich bleibt für Masernstoff, oder wenn er doch erkrankt, so nur in leichter Form. Auch folgender Umstand dient zur Erläuterung der Vorgänge: Eine positive Hautreaktion bleibt aus bei Masern, bei Miliartuberkulose, bei allgemeiner Entkräftung, bei Vorbehandlung mit Tuberkulin in hohen Dosen, weil unter diesen Verhältnissen die Gegenkörper absorbiert werden. Ins Gebiet der Immunisation gehört auch die Beobachtung, dass Personen aus ganz wenig mit Tuberkulose belasteten Ländern, die in stark durchseuchten Gegenden infiziert werden, in der Regel schwer erkranken in der bösartigen Weise wie Kinder. Wesensgleiche Erscheinung wird auch bei andern Infektionskrankheiten gemacht: Wenn zum Beispiel auf den Tawer-Inseln, wo seit Menschengedenken keine Masern herrschten, durch eingeschleppten Masernstoff eine ganz überraschend grosse Zahl von Erwachsenen und Kindern tödlich erkrankten, oder wenn, wie von wenigen ganz zuverlässig berichtet wurde, im Gebiet von der Labradorküste von 100 Eskimo 80 durch Influenza getötet wurden, so wird das mit darauf beruhen, dass diese Menschen weniger immunisiert waren, das heisst nicht ein gewisses Mass der besondern Abwehrkörper in sich trugen.

Im Menschen vermehren sich die Bazillen; der sie Aushustende wird zur Infektionsquelle. Man kann ihm nicht eine Klapper in die Hand zwingen wie seinerzeit dem Aussätzigen, der auf der Strasse die Passanten vor sich warnen musste. Man kann ihm auch nicht eine Tafel an die Brust hängen: "Einen Meter Distanz halten". Abwehr in dieser Hinsicht wird zusammengefasst unter das Spuckverbot, das besonders in Ländern, in denen es allgemein Sitte ist sehr ungeniert in dieser Hinsicht zu sein, als Eingriff in die persönliche Freiheit taxiert werden mag. Immerhin ist es wohl jetzt in allen zivilisierten Ländern, in öffentlichen Räumen, Eisenbahnen etc. angeschlagen. Strenge Vorschriften bestehen da anscheinend in Amerika.

Für die für ihre Umgebung besonders Gefährlichen, besonders wenn sie rücksichtslos sind, wäre oder ist Isolierung geboten,

wie es schon Koch betont hat. Zwar gibt es einzelne wenige Länder mit diesbezüglicher gesetzlicher Regelung. Doch ist das eine schwierige Sache. Ein Ausweg ist da leichter, wo in Krankenhäusern besondere Abteilungen für Tuberkulose, speziell eben Lungenkranke, eingerichtet sind. Vereinzelt - nicht in unserem Lande - gibt es eigene Spitäler für solche.

Konsequente Bekämpfung führt zur Anzeigepflicht, was einstweilen ebenfalls auf Schwierigkeiten stossen wird. Aber auch weiter greift Konsequenz, nämlich die Huster, die Bazillen haben ohne es zu wissen, die sich selbst nicht für krank halten und von ihrer Umgebung auch nicht als solche angesehen werden, auffindig zu machen. Sind doch Beispiele bekannt, wo ein solcher ahnungslos seine jüngern Hausgenossen infizierte. Das auch hier noch zu vermissende Gesetz nimmt hierauf Bezug.

Im Dienste der Bekämpfung steht die soziale Fürsorge, speziell für das Kind wichtig; fällt doch für dieses die Infektionsgefahr besonders ins Gewicht, wenn es über das Wiegenalter hinaus ist. An den verschiedensten Fürsorgen fehlt es bei uns nicht. Der grossen Organisation Pro Juventute ist auch Fürsorge für Tuberkulose-Gefährdete angegliedert. Sie veranlassen in den ihnen bekannt gewordenen respektive gemeldeten Fällen ärztliche Behandlung, richtige Pflege und Besorgung des Krankenzimmers und der Wohnung, und sie belehren über Behandlung des Auswurfes, des Essgeschirrs, der Wäsche etc. Die Fürsorge hat nicht aufzuhören bei Beginn des Schulalters. Fürsorge in sich schliessen soll auch die Hygiene in der Schule selbst, im Haus, im Schulbetrieb unter der Lehrerschaft und, wo sie existiert, bei der Institution des Schularztes.

Nicht vergessen wollen wir unsere Sanatorien, Heilstätten mit ihrer Höhensonne und den Heilfaktoren des Klimas, die noch nicht so gänzlich aufgeklärt sind. Dabei wollen wir die Disziplinierung, welche die Patienten an diesen Orten erfahren, liegen sie nun unter oder über 1000 Metern, hoch einschätzen. Ein Santoriumsarzt schreibt von ihnen: "Sie werden als Diszi-

plinierte den Anspruch erheben dürfen in Gesellschaft und Familie ihren Platz zu behalten." Man kann diese Worte neben den Ausspruch stellen: "Am sichersten vor Ansteckung ist man in einem gut geleiteten Sanatorium." (Da und dort wird erwogen, wie man die Insassen - natürlich mit der dem Zustand entsprechenden Auswahl - körperlich beschäftigen und arbeiten lassen könne.)

In dem bereits erwähnten Bundesgesetz vom 3.6.1928 heisst es unter anderem: "Die Kantone sorgen dafür, dass in Schulen und Pflegeanstalten die Kinder, Zöglinge, ferner das Lehrpersonal einer ärztlichen Untersuchung unterworfen werden. Verdächtige sind zu beobachten. Die, welche als tuberkulös erkannt werden und Ansteckungsgefahr bilden sind aus der Schule bzw. Anstalt zu entlassen... Die Kantone sorgen für angemessene Belehrung über das Wesen, die Gefahren und die Verhütung der Tuberkulose."

Ueber jetzt laufende "Bundesbeiträge an die Gemeinden für die Bekämpfung der Tuberkulose" steht in unserem Amtsblatt: "Subventioniert werden Ausgaben für

- 1.) Bakteriologische Untersuchungen
- 2.) Desinfektion
- 3.) Schulen und Anstalten
 - a) ärztliche Untersuchung in Schulen
 - b) ärztliche Untersuchung in Anstalten
 - c) ärztliche Untersuchung tuberkuloseverdächtiger Lehrer und Pflegepersonen
- 4.) Aerztliche Ueberwachung von Pflegekindern
- 5.) Wohnungsinspektionen
- 6.) Allfällig andere getroffene Massnahmen."

Die Tuberkulose-Sterblichkeit hat dank besserer Einsicht und Bekämpfung bis zum Weltkrieg im Ganzen gesehen abgenommen. Neuerliche Wieder-Abnahme ist zu erwarten.

Tröste sich der, der die Tuberkulose nicht vermied; sie ist auch heilbar.

8. ZUSAMMENFASSUNG

Andreas Flury wurde am 19. Oktober 1853 als Sohn eines Pfarrers in Schiers in Graubünden geboren. Nach dem Besuch der Dorfschule und Privatunterricht bei seinem Vater kam er 1868, zusammen mit seinem Bruder Paul, ins Gymnasium nach Stuttgart.

Paul studierte Theologie in Tübingen und Leipzig und kehrte nach Schiers zurück, wo er zeitlebens Pfarrer war. Andreas Flury begann sein Medizinstudium 1874 in Tübingen, wechselte zwei Jahre später an die Universität Zürich und schloss 1879 seine Studien mit dem Staatsexamen ab. Ein Jahr vorher hatte er seine Dissertation "Ein Beitrag zur Geschichte und Statistik des hohen Steinschnitts von 1851-1878" bei Ferdinand Riedinger in Würzburg eingereicht und damit die Doktorwürde der Medizinischen Fakultät Würzburg erhalten. Ein Jahr bildete er sich an den Kliniken Halle, Berlin und Wien aus.

1880 kam er zurück nach Schiers und übernahm 1881 das Spital, das ihm sein Vater aus eigenen Mitteln erbaut hatte. Während 45 Jahren besorgte er Spital und Landpraxis allein. Bis 1906 betrieben die Brüder Paul und Andreas Flury das Spital auf eigene Kosten; dann vermachten sie es dem 1881 gegründeten Prättigauer Spitalverein.

Andreas Flury trat 1926 als Spitalarzt zurück, besorgte aber seine Landpraxis bis ins Frühjahr 1938. Am 13. August jenes Jahres starb er. Seine Persönlichkeit hatte ihm hohe Achtung erworben.

Als Arzt versuchte er, seinen Mitmenschen eine gute medizinische Versorgung zu sichern. Er war Landarzt und Spitalarzt, operierte, fuhr zu Hausgeburten, besorgte Labor- und Röntgenarbeiten, las Fachbücher, probierte neue Operations- und Therapieverfahren aus. Mit öffentlichen Vorträgen ("Krankenpflege im Hause", "Ueber Kleidung", "Zur Alkoholfrage", "Medizin

im Mittelalter", "Tuberkulosebekämpfung") wirkte er aufklärend. Für die Schüler der Evangelischen Mittelschule Schiers schrieb er 1903 das Büchlein "Leitfaden zum hygienischen Unterricht".

Sorgfältig führte er Buch über seine vielseitige Tätigkeit in Form von Krankengeschichten, Operationsberichten, Krankheitsstatistiken und vielerlei Aufzeichnungen. Sie sind als Nachlass erhalten geblieben und zeugen von nie ermüdendem Arbeitseifer und selbstloser Aufopferung.

Summary

Andreas Flury was born on 19th October 1853 as son of a clergyman at Schiers, in the canton of Grisons. After going to the village school and having private tuition by his father he and his brother Paul went to the Grammar School in Stuttgart in 1868. Paul studied Theology in Tübingen and Leipzig and then came back to Schiers and lived there as a clergyman for the rest of his life. Andreas Flury started to study Medicine in Tübingen in 1874. Two years later he continued his studies at the University of Zurich and, in 1879, he graduated and passed his state examinations. A year before he already had submitted his dissertation: "Ein Beitrag zur Geschichte und Statistik des hohen Steinschnitts von 1851-1878" to Prof. Ferdinand Riedinger in Würzburg. He was awarded the title of Doctor by the University of Würzburg in 1878. He spent one full year in getting further experience at hospitals in Halle, Berlin and Vienna.

In 1880 he came back to Schiers and, in 1881, took over the local hospital which was founded and financed by his father. For 45 years he alone was in charge of the hospital, at the same time having a country practice. Until 1906 he and his brother Paul run the hospital at their own expenses, then they donated it to the Prättigau Hospital Society which was founded in 1881.

Andreas Flury resigned his position as hospital doctor in 1926 but continued with his country practice until spring 1938; on 13th August of the same year he died. By his personality he had won a high reputation.

As a doctor he tried to provide good medical care for his fellow beings. He was country doctor, hospital doctor, obstetrician for house deliveries, he operated, attended to X-ray and laboratory work, he read a lot of medical literature and tried out new ways of operating and new kinds of therapy.

By giving public lectures on "Krankenpflege im Hause", "Ueber Kleidung", "Zur Alkoholfrage", "Medizin im Mittelalter", "Tuberkulosebekämpfung" he was active to educate his listeners. In 1903 he published a booklet "Leitfaden zum hygienischen Unterricht" for the students of the Evangelische Mittelschule at Schiers.

He conscientiously kept a diary on his multifarious activities in the form of medical und operation reports, illness statistics and many other notes. Fortunately all these papers have been left and they give evidence of Andreas Flury's hard working and of his dedicated and unselfish personality.

Meinen herzlichsten Dank an

Herrn Prof. Dr. med. H. M. Koelbing für die Ueberlassung
des Themas

Herrn Dr. phil. H. Balmer für seine grosse Mühe bei den
Korrekturarbeiten

Herrn Dr. jur. H. A. Tarnutzer für die grosszügige Auslei-
hung des Nachlasses von Andreas Flury

Herrn Dr. med. P. Boesch für die Anregung zum Thema und die
Hilfsbereitschaft beim Aufsuchen wichtiger Dokumente

Frau H. Schill und Frl. B. Odermatt für die sauberen Schreib-
arbeiten

CURRICULUM VITAE

Geboren am 9. Oktober 1950 in Chur

1957-1961 Besuch der Primarschule in Zillis GR

1961-1963 Primar- und Sekundarschule in Küttigen AG

1963-1971 Bezirks- und Kantonsschule in Aarau

1971 Matura Typus A in Aarau

1971-1972 Studium an der Theologischen Fakultät der Universität Zürich

1972-1978 Studium an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich

1978 Staatsexamen in Zürich

Seit April 1979 Assistent am Institut für Anästhesiologie
(Prof. Georg Hossli) des Universitätsspitals Zürich

